

EL APRENDIZAJE AUTODIRIGIDO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR. PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carolina Rascón Hernán

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/404297>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESIS DOCTORAL

**EL APRENDIZAJE AUTODIRIGIDO EN LA
EDUCACIÓN SUPERIOR.**

**PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Carolina Rascón Hernán

Año 2016



TESIS DOCTORAL

**EL APRENDIZAJE AUTODIRIGIDO EN LA
EDUCACIÓN SUPERIOR.**

**PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Carolina Rascón Hernán

Año 2016

Programa de doctorado en Educación

Línea de investigación Discapacidad y Educación

Dirigido por:

**Dra. Judit Fullana Noell, Dra. Concepció Fuentes
Pumarola y Dr. David Ballester Ferrando**

Tutorizado por:

Dra. Judit Fullana Noell

Memoria presentada para optar al título de doctora por la *Universitat de Girona*

La Dra. Judit Fullana Noell, la Dra. Concepció Fuentes Pumarola y el Dr. David Ballester Ferrando, profesores del *Departament de Pedagogia* y del *Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona*,

DECLARAN:

Que este trabajo, titulado “**El Aprendizaje Autodirigido en la Educación Superior. Percepción de los estudiantes de grado de Ciencias de la Salud**”, que presenta Carolina Rascón Hernán para la obtención del título de doctor, se ha realizado bajo su dirección.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firman este documento

Dra. Judit Fullana Noell Dra. Concepció Fuentes Pumarola Dr. David Ballester Ferrando



Girona, a 15 de diciembre de 2016

A mi familia.

*“La perseverancia no es una carrera larga,
sino que son muchas carreras cortas, una tras otra”.*

Walter Elliot

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis directores Judit Fullana, Conxi Fuentes y David Ballester por el esfuerzo y los conocimientos brindados en este proceso para que llegara a buen puerto, sin vuestra dedicación hubiera sido imposible.

A los estudiantes que han participado en esta investigación, así como a las *Facultats d'Infermeria, Medicina, Educació i Psicologia*, y a l'*Escola Universitària de la Salut i l'Esport de la Universitat de Girona* que han abierto sus puertas para poder llevar a cabo este proyecto. Tampoco quisiera olvidarme de dar las gracias a la Dra. Carme Bertran y al *Departament d'Infermeria*.

A mis amigas que me han acompañado en todo momento y me han regalado su apoyo y su ánimo. Àngel, gracias por estar ahí.

A mi familia. A mi madre Maxi, a mi padre José, a mis hermanos Miguel, Concha y M^a José, y a mi cuñado Bart. La familia no se elige, te toca. Y yo tengo la mejor familia del mundo. Os quiero.

A mi Dalmau, con todo mi amor y mi cariño, por tu paciencia, tu consuelo, y por la alegría y la felicidad que me das.

Gracias a todos.

Abreviaturas

ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
AA	Aprendizaje Autodirigido
ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
PR	Práctica Reflexiva
PC	Pensamiento Crítico
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
SDLRS	<i>Self-Directed Learning Readiness Scale</i>
SDLRSNE	<i>Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education</i>
ETCS	Sistema Europeo de Transferencia de Créditos
UdG	Universidad de Girona
UE	Unión Europea

Índice de figuras

Figura 1: De la Educación Superior a la Identidad Profesional a través del Aprendizaje Autodirigido.	45
Figura 2: La idiosincrasia del Aprendizaje Autodirigido.	53

Índice de tablas

Tabla 1. Competencias genéricas de los estudios universitarios	42
Tabla 2. Las metodologías docentes más utilizadas en la educación superior y su relación con el Aprendizaje Autodirigido.	64
Tabla 3. Las actividades docentes más utilizadas en la educación superior y su relación con el Aprendizaje Autodirigido.	65
Tabla 4: Distribución del sexo de los estudiantes en función del estudio de grado.	111
Tabla 5: Distribución de la vía de acceso en función del estudio de grado.	112
Tabla 6: Distribución de los participantes por curso en función del estudio de grado.	113
Tabla 7: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y sus diferentes escalas en función del sexo.	115
Tabla 8: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y el sexo.	116
Tabla 9: Medias y desviaciones típicas de edad según la disposición para el autoaprendizaje.	116
Tabla 10: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y la vía de acceso a la Universidad.	117
Tabla 11: Análisis de la varianza en la puntuación de la Escala General, subescalas y el estudio actual.	119
Tabla 12: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y el curso.	121
Tabla 13: Análisis de la varianza en la puntuación de la Escala General del test y subescalas con los estudios.	123
Tabla 14: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y los estudios.	124
Tabla 15: Distribución de los participantes del grado de Medicina según puntuación de las escalas y el curso académico.	125
Tabla 16: Distribución de los participantes de los Grados según puntuación de las escalas y el curso académico.	127
Tabla 17: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y subescalas correspondientes, en función de si realizan clases magistrales.	130
Tabla 18: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan estudio de casos.	131

Tabla 19: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y subescalas, en función de si realizan ABP.	132
Tabla 20: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan aprendizaje basado en proyectos.	133
Tabla 21: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan simulación.	134
Tabla 22: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan portafolios.	135
Tabla 23: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan diario reflexivo.	136
Tabla 24: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan mapas conceptuales.	137
Tabla 25: Comparación de las puntuaciones del cuestionario y subescalas, en función de si realizan prácticum.	138
Tabla 26: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan seminarios.	139
Tabla 27: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan prácticas de laboratorio.	140
Tabla 28. Distribución de los participantes según si realizan ABP o no y su disposición para el autoaprendizaje.	141
Tabla 29. Distribución de los participantes según si realizan seminarios o no y su disposición para el autoaprendizaje.	142
Tabla 30. Distribución de los participantes según si realizan prácticas de laboratorio o no y su disposición para el autoaprendizaje.	142
Tabla 31. Distribución de los participantes según si realizan las variables relacionadas con las metodologías docentes o no y su disposición para el autoaprendizaje.	143
Tabla 32: Descripción de las variables relacionadas con las metodologías (métodos, instrumentos y entornos) según la posición de mayor a menor importancia según la percepción de los estudiantes.	145
Tabla 33: Relación de las variables con las metodologías (métodos, instrumentos y entornos) según la disposición o no para el Aprendizaje Autodirigido.	146
Tabla 34: Comparación de las puntuaciones de satisfacción a cada variable metodológica docente en función de la disposición para el autoaprendizaje.	149

Índice general

Abreviaturas	i
Índice de figuras	iii
Índice de tablas	v
Resumen	1
Introducción General	15
Primera parte: Antecedentes y situación actual de la Educación Superior	23
1. Trayectoria de la Educación Superior en Ciencias de la Salud en España	32
2. Los pilares de la Educación Superior	37
3. EL Aprendizaje Autodirigido	51
3.1. Fundamentos y evidencia sobre el Aprendizaje Autodirigido	51
3.2. Las metodologías docentes relacionadas con el Aprendizaje Autodirigido	62
3.3. Herramientas para evaluar el Aprendizaje Autodirigido	76
Segunda parte: El Aprendizaje Autodirigido en las Ciencias de la Salud en la Universidad de Girona	81
1. Los estudios de Grado de las Ciencias de la Salud en la Universidad de Girona	83
2. Justificación de la investigación	88
3. Hipótesis y objetivos	91
3.1. Hipótesis	93
3.2. Objetivos	94
4. Metodología	97
4.1. Diseño de la investigación	99
4.2. Ámbito de estudio	99
4.3. Población del estudio	99
4.4. Criterios de inclusión	100

Índice

4.5. Criterios de exclusión	100
4.6. Muestra	100
4.7. Variables a estudiar	100
4.8. Instrumento	103
4.9. Procedimientos	105
4.10. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos	106
4.11. Análisis estadístico	107
5. Resultados	109
5.1. Características de la muestra	111
5.2. Grado de Aprendizaje Autodirigido percibido por los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud	114
5.3. Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y el curso académico	118
5.4. Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y las titulaciones de grado	122
5.5. Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y las metodologías docentes	129
5.6. Relación del Aprendizaje Autodirigido y la satisfacción	148
6. Discusión	153
6.1. Hallazgos de la investigación en referencia al Aprendizaje Autodirigido	155
6.2. La incidencia de las metodologías docentes en el desarrollo del Aprendizaje Autodirigido	160
6.3. Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y la satisfacción con la realización de metodologías docentes	165
6.4. Limitaciones de la investigación	167
7. Conclusiones	171
7.1. Reflexiones y propuestas de futuro	177
8. Bibliografía	181

9.Anexos	215
9.1.Anexo 1. Estructura de las titulaciones de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona	217
9.2. Anexo 2. Competencias de las titulaciones de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona	221
9.3. Anexo 3. Cuestionario administrado a los participantes de la investigación	227
9.4. Anexo 4. Carta de presentación y solicitud de permiso para realizar la investigación dirigida a los representantes de las instituciones implicadas	232
9.5. Anexo 5. Carta de presentación e información dirigida a los participantes de la investigación	234

Resumen

Resumen

Las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ponen un énfasis especial en el reconocimiento de titulaciones en Europa, planteando como eje básico la adquisición de competencias de los estudiantes universitarios. El EEES considera al estudiante el centro del proceso enseñanza-aprendizaje guiado por el docente, de tal manera el estudiante debe ser más responsable y participativo en su formación, y en la adquisición de las competencias profesionales del título al que opta. Para conseguirlo es necesario potenciar metodologías docentes participativas, y desarrollar el Aprendizaje Autodirigido (AA) que consolida competencias útiles para la vida profesional.

Partiendo de la hipótesis de que los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud integrados en la Universidad de Girona perciben tener disposición para el AA, se pretende dar respuesta a los objetivos de la investigación que son identificar el grado de AA percibido por estos estudiantes, además de indagar y analizar si se producen cambios en esta percepción en relación a las metodologías docentes y al progreso de la formación universitaria. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estudiada fue de 1.190 estudiantes que cursaban los Grados de Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Psicología; a los que se les administró un cuestionario ad hoc dividido en dos partes: la primera con datos sociodemográficos y relaciones con los estudios que cursaban, y la segunda la Escala de Fisher, King y Tague adaptada y validada por Fasce *et al.* en 2011. Esta escala consta de cinco subescalas: Planificación del Aprendizaje, Deseo de Aprender, Autoconfianza,

Resumen

Autogestión y Autoevaluación que engloban atributos, habilidades o aspectos motivacionales propios del aprendizaje autónomo.

Los resultados obtenidos apuntan a que la percepción de los estudiantes sobre el AA es menor de lo esperado, en general, se obtiene una baja disposición para el autoaprendizaje con una media de 143,65 puntos (DE=11,76), ya que para afirmar que se tiene disposición para el AA se debe obtener una puntuación superior a 150. A pesar de ello, se aprecian relaciones significativas entre las dimensiones del constructo, reflejadas en la escala general y sus subescalas, y las titulaciones estudiadas. También se observa una mayor puntuación en mujeres ($\bar{x}=144,17$; DE=10,82), con respecto a los hombres ($\bar{x}=142,21$; DE=13,96) y una evolución en las puntuaciones a medida que el estudiante avanza curricularmente. Además, según la percepción de los estudiantes las metodologías docentes influyen en el desarrollo del AA. La formación realizada con metodologías docentes activas y participativas como el Aprendizaje Basado en Problemas, cuando los estudiantes afirman participar en actividades docentes basadas en este método puntúan mejor tanto en la escala general ($\bar{x}=144,46$; DE=11,61), como en las subescalas: Deseo de aprender ($\bar{x}=24,63$; DE=3,06); Autoconfianza ($\bar{x}=34,47$; DE=4,28); y Autogestión ($\bar{x}=36,86$; DE=3,47). Al mismo tiempo, los métodos de enseñanza que fomentan las actividades grupales mostraron una asociación con AA, y los estudiantes expresaron su satisfacción con esta relación.

Nuestros resultados sugieren la necesidad de capacitar a los estudiantes y profesores con AA como una metodología de enseñanza-aprendizaje y mejorar su uso en el ámbito universitario. Por ejemplo, las sesiones de formación de AA deben ofrecerse a los estudiantes con el fin de hacer este método de enseñanza-

aprendizaje más visible en una etapa temprana de sus carreras académicas. A los profesores se les deben ofrecer programas relacionados con los métodos de enseñanza para mejorar su comprensión de cómo funciona el AA y ayudarles a identificar objetivos que ayudarían a promover la autonomía de los estudiantes y preparar a los profesionales de la salud para que sean aprendices de por vida y así mejorar continuamente sus habilidades profesionales.

Palabras clave: Aprendizaje Autodirigido; Ciencias de la Salud; Educación Superior; Estudiantes del Área de la Salud; Metodologías Docentes.

Resum

Les directrius de l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) posen una èmfasi especial en el reconeixement de titulacions a Europa, plantejant com a eix bàsic l'adquisició de competències dels estudiants universitaris. L'EEES considera a l'estudiant el centre del procés ensenyament-aprenentatge guiat pel docent, de tal manera, l'estudiant ha de ser més responsable i participatiu en la seva formació i en l'adquisició de les competències professionals del títol a què opta. Per aconseguir-ho és necessari potenciar metodologies docents participatives, i desenvolupar l'Aprenentatge Autodirigit (AA) que consolida competències útils per a la vida professional.

A partir de la hipòtesi que els estudiants dels Graus de Ciències de la Salut integrats a la Universitat de Girona (UdG) perceben tenir disposició per l'AA, es pretén donar resposta als objectius de la recerca que són identificar el grau d'AA percebut per aquests estudiants, a més d'indagar i analitzar si es produeixen canvis en aquesta percepció en relació a les metodologies docents i en el progrés de la formació universitària. Es va realitzar un estudi observacional, descriptiu i transversal. La mostra estudiada va ser de 1.190 estudiants que cursaven els Graus d'Infermeria, Fisioteràpia, Medicina i Psicologia als quals se'ls va administrar un qüestionari ad hoc dividit en dues parts; la primera amb dades sociodemogràfiques i relacions amb els estudis que cursaven, i la segona l'Escala de Fisher, King i Tague adaptada i validada per Fasce *i col.* al 2011. Aquesta escala consta de cinc subescales: Planificació de l'Aprenentatge, Desig d'Aprendre, Autoconfiança, Autogestió i Autoavaluació; que engloben atributs, habilitats o aspectes motivacionals propis de l'aprenentatge autònom.

Els resultats obtinguts apunten al fet que la percepció dels estudiants sobre l'AA és menor de l'esperat, en general, s'obté una baixa disposició per a l'autoaprenentatge amb una mitjana de 143,65 punts (DE=11,76), ja que per afirmar que es té disposició per l'AA s'ha d'obtenir una puntuació superior a 150 punts. Malgrat això, s'aprecien relacions significatives entre les dimensions del constructe, reflectides en l'escala general i les seves subescales, i les titulacions estudiades. També s'observa una major puntuació en dones ($\bar{x}=144,17$; DE=10,82) que en homes ($\bar{x}=142,21$; DE=13,96) i una evolució en les puntuacions a mesura que l'estudiant avança curricularment. A més, segons la percepció dels estudiants les metodologies docents influeixen en el desenvolupament de l'AA. La formació realitzada amb les metodologies docents actives i participatives com l'Aprenentatge Basat en Problemes, quan els estudiants realitzen aquest mètode puntuen millor tant en l'escala general ($\bar{x}=144,46$; DE=11,61), com en les subescales: Desig d'aprendre ($\bar{x}=24,63$; DE=3,06); Autoconfiança ($\bar{x}=34,47$; DE=4,28); i Autogestió ($\bar{x}=36,86$; DE=3,47). Alhora, els mètodes d'ensenyament que fomenten les activitats grupals van mostrar una associació amb AA, i els estudiants van expressar la seva satisfacció amb aquesta relació.

Els nostres resultats suggereixen la necessitat de capacitar els estudiants i professors amb AA com una metodologia d'ensenyament-aprenentatge i millorar el seu ús en l'àmbit universitari. Per exemple, les sessions de formació de AA s'han d'oferir als estudiants per tal de fer aquest mètode d'ensenyament-aprenentatge més visible en una etapa primerenca de les seves carreres acadèmiques. Als professors se'ls han d'oferir programes relacionats amb els mètodes d'ensenyament per millorar la seva comprensió de com funciona AA i

Resumen

ajudar-los a identificar objectius que ajudarien a promoure l'autonomia dels estudiants i preparar els professionals de la salut perquè siguin aprenents de per vida i així millorar contínuament les seves habilitats professionals.

Paraules clau: Aprenentatge Autodirigit; Ciències de la Salut; Educació Superior; Estudiants de l'Àrea de la Salut; Metodologies Docents.

Abstract

The guidelines of the European Higher Education Area (EHEA) place special emphasis on the recognition of degree qualifications throughout Europe, focusing mainly on the acquisition of skills and competency by university students. The EHEA considers the student the center of the teaching-learning process, guided by the instructor; therefore, the student must assume responsibility and participate in their training, and in acquiring the professional skills of the career they have chosen. Achieving this goal requires the use of participative teaching methods and the development of self-directed learning (SDL) curricula that help the student consolidate the skills that will be useful in his or her professional life.

Based on the hypothesis that students seeking a degrees in Health Sciences from the University of Girona are aware of SDL, the present research had two objectives: to identify the degree of SDL perceived by students and determinate if their perception changed as a function of the teaching methods they experienced as they progressed through their university education. An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out, involving 1.190 students enrolled in the nursing, physiotherapy, medicine and psychology degree programs at the University of Girona. Study participants were given an ad hoc questionnaire divided into two parts: the first collected sociodemographic data and contained questions about their degree programs; the second part consisted of the Fisher, King and Tague Scale, adapted and validated by Fasce et al. in 2011. This scale consists of five subscales that encompass attributes, skills, or motivational aspects of SDL: Planning Your

Resumen

Education, Desire to Learn, Self-Confidence, Self-Management, and Self-Assessment.

The results obtained indicate that the students' awareness of SDL was lower than expected. In general, scores were low, with a mean of 143.65 points (SD=11.76) on the Fisher, King and Tague Scale; a score exceeding 150 indicates a positive attitude toward SDL. Nevertheless, significant relationships were observed between the dimensions of the construct, reflected in the general scale and its subscales, and the field of study. In addition, women had higher scores ($\bar{x}=144.17$, SD=10.82), compared to men ($\bar{x}=142.21$, SD=13.96) and scores increased as students progressed through the degree program. According to the students' reported perceptions, the teaching methodologies affect the development of SDL. When students claimed to have participated in learning activities based on active and participative teaching methods, such as project-based learning, they scored better on both the general scale ($\bar{x}=144.46$, SD=11.61) and three subscales: Desire to learn ($\bar{x}=24.63$, DS=3.06); Self-confidence ($\bar{x}=34.47$, SD=4.28); and Self-management ($\bar{x}=36.86$, SD=3.47). At the same time, teaching methods that encourage group activities showed an association with SDL, and students expressed satisfaction with this relationship. Our results suggest a need to train both students and teachers in SDL as a teaching-learning methodology and to improve its use in the university setting. For example, SDL training sessions should be offered students in order to make this teaching-learning method more visible at an early stage of their academic careers. Instructors should be offered programs related to teaching methods to improve their understanding how SDL works and help them identify objectives that would help to promote autonomy and prepare health

professionals to be lifelong learners –and thus continuously improve their professional skills.

Key words: Health Sciences; Higher Education; Self-Directed Learning; Students Health Occupations; Teaching method

Introducción General

En la presente memoria para optar al título de doctora se exponen los hallazgos derivados del trabajo el Aprendizaje Autodirigido en la Educación Superior, dicha investigación se contextualiza en los estudios de grado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

En la actualidad, los estudios universitarios se rigen por las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que promueve que el estudiante sea el centro del proceso enseñanza-aprendizaje y le encaminan hacia la adquisición de las competencias necesarias para poder desarrollar una actividad profesional de calidad (Skaalvik, Normann y Henriksen, 2011).

Las habilidades del Aprendizaje Autodirigido (AA) son esenciales para conseguir un aprendizaje permanente en los estudiantes y titulados, favoreciendo la producción de mejores profesionales. Este tipo de aprendizaje se ha definido como la capacidad que tiene el sujeto de guiar su propio proceso de aprendizaje desde la planificación hasta la evaluación del mismo (Cerdeira y Osses, 2012).

Este trabajo tiene sus inicios en la valoración y análisis de la formación llevada a cabo en el Grado de Enfermería. En cómo esta formación conlleva inescrutablemente la necesidad de formar a unos titulados universitarios, capaces de desempeñar los roles inherentes a esta profesión: asistencia, docencia, investigación y gestión.

Con esta reflexión se abrió la puerta a analizar, en primer lugar, las metodologías docentes y cómo se utilizan; en segundo lugar, el trabajo realizado mediante la innovación docente del momento; y en tercer lugar valorar las

Introducción

posibles mejoras para conseguir formar profesionales de la salud que a lo largo de su vida laboral necesitarán de un continuo aprendizaje.

A partir de estas primeras reflexiones e indagaciones sobre educación, se exploraron conceptos como la práctica reflexiva y el pensamiento crítico hasta desembocar en el tema central de esta investigación, el Aprendizaje Autodirigido (AA). Al empezar a conocer este tipo de aprendizaje se abre la puerta a plantearse los beneficios que se obtendrían si los estudios de grado, ya no solo de Enfermería sino de las Ciencias de la Salud (por los lazos que les unen), se capacitaran mediante el AA. Al mismo tiempo surgen apreciaciones sobre las metodologías docentes que ya se usan en los grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona y su relación con el Aprendizaje Autodirigido, llevándonos a pensar que las diferentes metodologías docentes proporcionan habilidades que se pueden ver reflejadas en la percepción que tienen los estudiantes al respecto de su formación.

El presente trabajo pretende aportar luz en cómo perciben los estudiantes la adquisición del conocimiento y de las competencias transversales en los distintos grados universitarios de Ciencias de la Salud para promover individuos competentes a lo largo de su vida laboral que estará relacionada con la capacidad de mantener al día conocimientos y habilidades dirigidos a promocionar y mejorar la salud de las personas. Por ello, el objetivo principal de la investigación es identificar el grado de *Aprendizaje Autodirigido* percibido de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona (UdG) de los grados de Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Psicología.

El presente documento está estructurado en dos partes diferenciadas. En primer lugar, se desarrollan los antecedentes sobre el tema de investigación y la situación actual en la Educación Superior. En el segundo apartado se contextualiza la investigación del AA en los grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona y se expone desde cómo se ha llevado a cabo la investigación hasta la presentación de las conclusiones derivadas del estudio.

Más concretamente, dentro del primer apartado se desarrolla la introducción de la memoria, donde se explica el marco conceptual de la investigación. Se explican los antecedentes y la situación actual, tanto en el contexto universitario de la Educación Superior relacionada con el marco legislativo y el contexto europeo, como la trayectoria de esta Educación Superior en la rama de las Ciencias de la Salud en España. En este mismo apartado se desgana el constructo del Aprendizaje Autodirigido, pieza angular del trabajo, y su relevancia dentro del proceso enseñanza-aprendizaje. Finalmente se exponen las metodologías docentes que intervienen en este proceso de aprendizaje en los estudios de Educación Superior que están más relacionadas con el AA.

En el segundo apartado se realiza una breve descripción de los grados que participan en el estudio y se justifica el mismo. Se presentan las hipótesis y los objetivos del fenómeno a investigar, que tienen como eje central la percepción de los estudiantes a cerca del Aprendizaje Autodirigido.

A continuación, se expone la metodología de la investigación, detallando paso a paso como se ha realizado este estudio, y así aportar fiabilidad en el proceso de ejecución de la investigación. Se presentan los resultados obtenidos a partir del cuestionario ofrecido a los participantes del estudio y su posterior análisis.

Introducción

Dichos resultados se presentan en el orden en que se plantean los objetivos de la investigación. Seguidamente se elaboran la discusión y las conclusiones de forma consecutiva, que también se exponen en el mismo orden en que se plantean los objetivos y posteriores resultados, con el fin de analizar los hallazgos de esta investigación con la literatura ya existente y evidenciar las aportaciones que resultan de este estudio.

En la parte final del documento se encuentra la bibliografía utilizada en el transcurso de este trabajo, así como los anexos que proporcionan aclaraciones sobre el tema y documentos utilizados durante el proceso.

_____Primera parte

Antecedentes y situación actual de la Educación Superior

La sociedad actual cambia a pasos agigantados, uno de los motivos evidentes son los cambios tecnológicos/científicos tan avanzados que nos envuelven y nos empujan constantemente pero también nuestra capacidad de reflexión que nos invita a la mejora en el día a día. A continuación, se presentan los antecedentes en relación a la Educación Superior y el Aprendizaje Autodirigido para poder asentar la base donde fundamentar el presente estudio de investigación, y así poder entender cómo en los últimos años se ha transformado el EEES repercutiendo en los estudios universitarios y en las metodologías docentes que se utilizan en este ámbito.

Es indiscutible la importancia a nivel mundial de la educación en muchos aspectos, pero también la estrecha relación entre ésta y la capacidad de salvaguardar el estado del bienestar. En el ámbito europeo se aprecia cómo el nivel educativo está relacionado con la capacidad tecnológica e innovadora de cada país que encauza hacia el camino de la globalización y la competitividad (Gonzalez, 2012).

Las realidades del siglo XXI han magnificado la importancia de la globalización y la dimensión internacional de la enseñanza superior, siendo motivo de estudio y estando presente en los foros de debate de las organizaciones internacionales (Wit, 2011). En 1996 se presenta el Informe para la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación donde se afirma que la educación guía el camino hacia la capacitación de talento, el potencial creativo y hace énfasis en la responsabilidad personal para la construcción de un mundo mejor, elementos claves para sostener que la educación contribuye de manera contundente, aunque no exclusiva, al desarrollo económico y social (Delors, 1996).

Antecedentes y situación actual

Siguiendo esta misma dirección, Meyer y Schofer (2006) explican que la expansión de la educación superior es debida al progreso socioeconómico, al mismo tiempo se parte de la evidencia de que la educación es el principal medio para obtener el progreso a nivel mundial. Se establece una relación de poder, política y educación, que encapsula a la educación superior dentro de la actual globalización (Ordorika y Lloyd, 2014).

En la actualidad, los estudios universitarios en la Unión Europea (UE) se rigen por las directrices del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) creadas a partir de las declaraciones de Sorbona (1998), Bolonia (1999), y los comunicados emitidos en Praga (2001) y Berlín (2003) (Battaner, Sánchez, García y Rodríguez, 2004). Con estas nuevas directrices se pretende impulsar una progresiva armonización de los estudios universitarios con el fin de equiparar los sistemas educativos superiores, así como para poder desarrollar y fortalecer las dimensiones intelectuales, culturales, sociales, científicas y tecnológicas de la Europa de hoy (Ministros Europeos de Educación Superior, 1999).

En 1988 se redacta la Carta Magna de las Universidades Europeas firmada por los ministros de Alemania, Francia, Italia y Reino Unido para germinar el camino hacia el Espacio Europeo de Educación Superior. Los principios fundamentales de la Carta son:

*“1. La universidad —en el seno de sociedades organizadas de forma diversa debido a las condiciones geográficas y a la influencia de la historia— es una **institución autónoma** que, de manera crítica, produce y transmite la cultura por medio de la investigación y de la enseñanza. Abrirse a las necesidades del mundo contemporáneo*

exige disponer, para su esfuerzo docente e investigador, de una independencia moral y científica frente a cualquier poder político, económico e ideológico.

*2. En las universidades, **la actividad docente es indisociable de la actividad investigadora**, a fin de que la enseñanza sea igualmente capaz de seguir la evolución tanto de las necesidades y de las exigencias de la sociedad como de los conocimientos científicos.*

*3. Siendo la libertad de investigación, de enseñanza y de formación el principio básico de la vida de las universidades, tanto los poderes públicos como las universidades, cada uno en sus respectivos ámbitos de competencia, deben garantizar y promover el respeto a esta exigencia fundamental. Con el rechazo de la intolerancia y mediante el diálogo permanente, la universidad es un lugar de encuentro privilegiado entre profesores —que disponen de la capacidad de transmitir el saber y los medios para desarrollarlo a través de la **investigación y de la innovación**— y estudiantes —que tienen el derecho, la voluntad y la capacidad de enriquecerse con ello.*

*4. La universidad, depositaria de la tradición del humanismo europeo pero con la constante preocupación de alcanzar el **saber universal**, ignora toda frontera geográfica o política para asumir su misión y afirma la imperiosa necesidad del conocimiento recíproco y de la interacción de las culturas” (Rectors of universities, 1988).*

Según Collins y Hewer (2014), el propósito de la Carta Magna es heroico debido al esfuerzo requerido para la unificación de directrices que los países miembros asumen, regulándose a nivel gubernamental, y así abrir el camino hacia la educación superior actual.

En 1998 llega la Declaración de Sorbona, se inicia el proceso para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). En dicho documento se manifiesta la necesidad de armonizar de manera progresiva el marco general de las titulaciones, y se adquiere el compromiso de promover un

Antecedentes y situación actual

marco común para la mejora del reconocimiento externo y facilitar la movilidad de estudiantes, así como las oportunidades de empleo. Al mismo tiempo se declara la intención de mantener la identidad nacional y relacionarla con los intereses comunes de los miembros para el beneficio de Europa, integrando a estudiantes y ciudadanos en ella (Ministros Europeos de Educación Superior, 1998).

Al año siguiente, en 1999 se reúnen los ministros de educación de 30 países¹ para acordar los objetivos y dar forma a la Declaración de Bolonia. A partir del encuentro se elabora la Declaración y se presenta a la Comisión Europea. Llegado este momento, es el punto de inflexión en el desarrollo de la enseñanza superior a nivel europeo (Salaburu, Haug y Mora, 2011), ya que es una reforma voluntaria de los países adscritos y tiene como objetivo la convergencia de los sistemas nacionales, pero manteniendo sus identidades en materia de educación, autonomía universitaria y la diversidad de las instituciones. Esta declaración busca coherencia para dar respuesta a problemas comunes en toda Europa.

Los objetivos de la Declaración de Bolonia son:

- *“La adopción de un sistema de titulaciones fácilmente comprensible y comparable, incluso a través de la puesta en marcha del **Suplemento del Diploma**, para promocionar la obtención de empleo y la competitividad del sistema de educación superior europeo.*
- *Adopción de un sistema basado esencialmente en dos ciclos fundamentales, diplomatura (pregrado) y licenciatura (grado). El acceso al segundo ciclo requerirá que los estudios de primer ciclo se hayan completado, con éxito, en un periodo mínimo de tres años. El diploma obtenido después del **primer ciclo** será también considerado en el mercado*

¹ Austria, Bélgica, Bulgaria, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza y Reino Unido.

laboral europeo como nivel adecuado de cualificación. El **segundo ciclo conducirá al grado de maestría y/o doctorado**, al igual que en muchos países europeos.

•El establecimiento de un sistema de créditos, **Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ETCS)**, como medio adecuado para promocionar una más amplia movilidad estudiantil. Los créditos se podrán conseguir también fuera de las instituciones de educación superior, incluyendo la experiencia adquirida durante la vida, siempre que esté reconocida por las Universidades receptoras involucradas.

•**Promoción de la movilidad**, eliminando los obstáculos para el ejercicio efectivo de libre intercambio, prestando una atención particular a:

○El acceso a oportunidades de estudio y formación y servicios relacionados, para los alumnos.

○El reconocimiento y valoración de los periodos de estancia en instituciones de investigación, enseñanza y formación europeas, sin perjuicio de sus derechos estatutarios, para los profesores, investigadores y personal de administración.

○Promoción de la cooperación europea en aseguramiento de la calidad con el objeto de desarrollar criterios y metodologías comparables.

○Promoción de las dimensiones europeas necesarias en educación superior, particularmente dirigidas hacia el desarrollo curricular, cooperación entre instituciones, esquemas de movilidad y programas de estudio, integración de la formación e investigación”

(Ministros Europeos de Educación Superior, 1999, p.2-3)

Bolonia inicia un proceso que une en la actualidad a 47 países y reorganiza los sistemas educativos para dar mayor eficacia a éstos, con el objetivo de atraer a estudiantes e investigadores, ofreciendo una mayor cualificación en toda Europa y así favorecer la integración de los estudiantes al mercado laboral (Jiménez, 2007; Salaburu *et al.*, 2011).

Antecedentes y situación actual

Por consiguiente el proceso de adaptación de Bolonia varía en función de los países, según sus problemáticas y resistencias que hacen de filtro, con lo que se crea una relación entre el nivel europeo y el nacional dando lugar a un impacto recíproco en las políticas sobre educación (Pereyra, Sevilla, y Luzón, 2006).

En el año 2000 se crea el *European Tuning Project* donde se trabajan las líneas de la Declaración de Bolonia y se desarrollan puntos de encuentro para elaborar los planes de estudios de cada disciplina siendo comparables, compatibles y transparentes entre ellos. El proyecto se basa en cuatro pilares, respetando la diversidad y la autonomía para armonizar las estructuras y los programas educativos:

- las competencias genéricas (académicas de carácter general)
- las competencias específicas de cada área
- la función de ECTS (como sistema acumulativo)
- enfoque de aprendizaje, enseñanza y evaluación, promoviendo la calidad en los procesos educativos

De este modo se definen las competencias como “*una coordinación dinámica de las capacidades cognitivas y metacognitivas, de conocimiento y entendimiento, interpersonales, intelectuales y prácticas, así como de los valores éticos*” (Espacio Europeo de Educación Superior, 2000; Universidad de Deusto y University of Groningen, 2009).

Después de la Declaración de Bolonia, siguen las reuniones de los responsables de educación superior europeos mantenidas en Lisboa (2000), Praga (2001), Berlín (2003), Bergen (2005), Londres (2007), Lovaina (2009), Budapest y

Viena (2010), Bucarest (2012) y la última cumbre se sitúa en Armenia (2015) (Ministry of Education and Science of the Republic of Armenia, 2015) donde se realiza el seguimiento del Proceso Bolonia por los Ministros de Educación de cada país para trabajar por la convergencia europea (Espacio Europeo de Educación Superior, 2015). Esta última cumbre recoge las tendencias hacia la educación a distancia y el e-learning (aprendizaje en red) (Cabero, 2006), y se evidencia el incremento de estudios a tiempo parcial (European Commission/EACEA/Eurydice, 2015; Sursock, 2015) con lo que se puede vislumbrar la necesidad de tener estudiantes autónomos para conseguir finalizar con éxito los estudios en educación superior.

Asimismo, la Unión Europea (UE) establece en 2010 la estrategia *Europa 2020* para garantizar un crecimiento intelectual sostenible e inclusivo para responder a las necesidades del sistema de educación superior para salir de la crisis económica y financiera (Associació Catalana d'Universitats Públiques, 2011). Esta estrategia tiene por objetivos concluir las reformas estructurales de implementación del proceso Bolonia, al mismo tiempo mejorar la calidad de la educación unida a la investigación y al aprendizaje permanente, para que estos elementos alcancen promover la empleabilidad. También pretende lograr la accesibilidad a la educación superior y la movilidad de los estudiantes (Agencia Ejecutiva en el Ámbito Educativo, Audiovisual y Cultura, 2012). Para conseguirlo es necesario apoderar al estudiante y fomentar el aprendizaje autónomo dando continuidad a las habilidades adquiridas durante la educación superior, con ello promover el aprendizaje permanente y estimular la empleabilidad.

1. Trayectoria de la educación superior en Ciencias de la Salud en España

Para comprender la situación actual de la educación superior en nuestro país es necesario tener en cuenta algunos datos históricos relevantes directamente relacionados con la ordenación del sistema educativo.

En España el Proceso Bolonia es implementado después de cambios legislativos trascendentales en la educación superior. En 1983 se impulsa la Ley Orgánica 11/1983 de Reforma Universitaria (LRU) (Gobierno de España, 1983) que pasa de sistema reducido y centralizado en la época franquista a una reforma profunda en la cual se aboga por el autogobierno universitario, la regulación del derecho al estudio y la regulación de las bases del régimen del profesorado entre otros (Pereyra *et al.*, 2006). No es hasta 2001 cuando se promulga la Ley Orgánica 6/2001 de Universidades (LOU) que contempla los cambios necesarios para incorporar las directrices que marca la UE en materia de educación superior, de este modo se incorporan los tres ciclos (Grado, Máster y Doctorado) y se realiza una ordenación profunda del sistema para alcanzar la cohesión del sistema universitario, a su vez se crea la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y con ello se busca fomentar la excelencia tanto en la calidad docente como en la investigación (Gobierno de España, 2001).

España acoge el cambio sin demasiadas resistencias, más bien al contrario se percibe como atributo de modernidad y de mejora de las instituciones (Pereyra *et al.*, 2006).

Posteriormente la LOU sufre una reforma con la Ley Orgánica 4/2007, (LOMLOU) y vuelve a modificarse a partir del Real Decreto-Ley 14/2012 además de varios Decretos-Ley que también reforman la legislación universitaria. Con estos cambios legislativos, como recoge Muñoz-Cantero y Pozo-Muñoz (2014), se establece la normativa básica de referencia para el desarrollo del EEES en España, ya que incluye el sistema de créditos ECTS y el Suplemento al título bajo los *Criterios y Directrices para la Garantía de Calidad* de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) como se menciona anteriormente.

ANECA fue fundada en 2002 con el objetivo de promover la garantía de calidad del Sistema de Educación Superior en España, mediante procesos de orientación, evaluación, certificación y acreditación de manera continua y así consolidar el EEES (Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2015). En el día de hoy ANECA acredita las enseñanzas, el profesorado y las instituciones mediante diversos programas con que se evalúa y se mantiene la calidad del sistema.

Además de ANECA a nivel estatal existen diversas agencias también dedicadas a la tutela de la calidad universitaria organizadas en la Red Española de Agencias de Calidad Universitaria como son: la Agencia Andaluza del Conocimiento (AAC), Agencia Canaria de Calidad Universitaria y Evaluación Educativa (ACCUEE), Agencia de Calidad y Prospectiva Universitaria de Aragón (ACPUA),

Antecedentes y situación actual

Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Castilla y León (ACSUCYL), *Axencia para a Calidade do Sistema Universitario de Galicia* (ACSUG), *Agència de Qualitat Universitària de Catalunya* (AQU), *Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears* (AQUIB), *Agència Valenciana d'Avaluació i Prospectiva* (AVAP), Sección de Evaluación, Certificación y Acreditación de la Calidad de la Enseñanza Superior de la Fundación para el Conocimiento Madrid+d (Fundación para el conocimiento Madri+D) y la Agencia de Evaluación de la Calidad y Acreditación del Sistema Universitario Vasco (UNIBASQ). En el entorno más cercano a la Universidad de Girona es AQU Catalunya, entidad pública con el objetivo de garantizar la calidad de la educación superior en Catalunya, asumiendo estándares internacionales de calidad y sensibilizada por el interés que la sociedad tiene por una educación superior de calidad (*Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya*, 2016).

La legislación y los órganos administrativos mencionados anteriormente son la base que fundamenta el mapa universitario del Estado en el cual se identifican un total de 82 universidades que conforman el Sistema Universitario Español, distribuidas en 236 campus y 112 sedes no presenciales y especiales, dando lugar a 1,75 universidades por cada millón de habitantes y una por cada 569.852 habitantes. Las comunidades autónomas con más número de centros son Madrid, Andalucía y Cataluña por este orden. Además, hay que añadir los Institutos de Investigación (481), las Escuelas de Doctorado (29) y los Hospitales Universitarios (47). En el curso 2012-2013 se observa como existe un incremento de los estudiantes en las Ciencias de la Salud respecto al total, con un 15,1%, el doble que en el curso 2002-2003, con un total de 236.889

estudiantes entre universidades públicas y privadas. En este mismo curso académico la tasa neta de escolarización en Cataluña fue del 27,9%, con un total de 191.515 matriculados distribuidos en Grado (145.415), 1º y 2ª ciclo (31.043) y Máster (15.057) (Ministerio de Educación Cultura y Deporte, 2014).

El crecimiento de estudiantes en las universidades, así como las exigencias de los sistemas de garantía de calidad, puede tener correspondencia con la producción científica, ya que un signo de salud de las universidades es dicha producción además del número de estudiantes de cada ciclo que cada año demandan formación en la educación superior. En Cataluña se cuantifica la producción de los investigadores entre las primeras dentro del ámbito estatal, siendo la media en 2013 de 1,23 publicaciones por investigador. En referencia a la producción de tesis doctorales durante el curso académico 2012-2013 se llevaron a cabo un total de 2.073, lo que significó un incremento de un 33% en los últimos cinco cursos. Este dato pone de manifiesto la alta capacidad formativa del personal investigador de las universidades en todos los ámbitos de conocimiento, donde destacan las Ciencias de la Salud, que representan el 25% de las tesis doctorales leídas en las universidades públicas catalanas (Associació Catalana d'Universitats Públiques, 2014).

Por otro lado, el proceso de Bolonia hace hincapié en la empleabilidad de los egresados. De este modo se debe llevar a cabo un esfuerzo para formar capital humano para el desempeño de una profesión según el ejercicio profesional para el que sea titulado.

Antecedentes y situación actual

Es más, en el proceso, se define empleabilidad como la capacidad de obtener empleo, mantenerlo y ser capaz de interactuar dentro del mercado laboral. Por ello, la función de la educación superior es dotar al estudiante de los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para asegurar las oportunidades en relación al trabajo y la vida laboral. Dentro del EEES, aunque con diferencias entre los países miembros, se afirma que cuanto mayor sea el nivel educativo menor será la tasa de desempleo, a pesar del impacto de la crisis que mantiene la brecha del paro en relación al género. Además en estas circunstancias, de contexto de crisis, no hay seguridad en la inserción laboral (European Commission/EACEA/Eurydice, 2015).

En Cataluña se destaca en el ámbito de la inserción laboral, que el 85% de los graduados trabajan tres años después de haber acabado los estudios y que los titulados en Ciencias de la Salud es la área con mayor tasa de ocupación (88%) (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya, 2014).

No tan solo se necesita empleabilidad en Ciencias de la Salud como ya se evidencia que la hay, sino que se va más allá de la perspectiva de conseguir un empleo. Se precisa de un titulado que también tendrá que seguir reciclándose a lo largo de su carrera profesional. Esta trayectoria llamada *lifelong learning* por el EEES (European Commission/EACEA/Eurydice, 2015) permite intuir que para mantener este aprendizaje a lo largo de la vida se necesita tener o adquirir ciertas habilidades que se proponen en el Aprendizaje Autodirigido.

2. Los pilares de la Educación Superior

Existen diversos elementos que se interrelacionan en la educación superior como son la educación basada en competencias, la competencia profesional, la práctica reflexiva y el pensamiento crítico, las metodologías docentes, etc. Todos ellos forman parte del engranaje para conseguir formar a profesionales capacitados y orientados para el desarrollo profesional basado en la evidencia científica. Por lo tanto, el objetivo actual de la educación superior es además del valor de la formación, el transformar jóvenes en las universidades para ser profesionales dentro de la sociedad (Michavila, 2011), de ahí que para conseguirlo estos estudiantes deban alcanzar las competencias profesionales correspondientes al ámbito laboral al cual desean pertenecer.

Para conseguir estos objetivos, la UE fomenta la **enseñanza basada en competencias**. Este modelo educativo basado en competencias, busca generar y mejorar una formación de mayor calidad, fomentando actuaciones pedagógicas que sean palpables en la práctica docente y al mismo tiempo consolidar las relaciones entre los centros educativos, los egresados y el ámbito profesional (Lafuente *et al.*, 2007). Por supuesto ejerce como estimulante para desarrollar capacidades intelectuales y cognitivas como también actitudes y valores favorables para los estudiantes (Villa y Poblete, 2011; Villa y Villa, 2007), de tal manera que para alcanzar resultados de aprendizaje se marcan unas metas curriculares con unos objetivos específicos (Pijl-Zieber, Barton, Konkin, Awosoga y Caine, 2013). En otras palabras, se apuesta por este modelo

Antecedentes y situación actual

para lograr una unificación en la evaluación sistemática del perfil profesional al que se opta y como plantea el EEES, se pretende conseguir comparar y compatibilizar las titulaciones. Ciertamente la consolidación de las competencias curriculares en los estudiantes universitarios, viene dada al final del proceso educativo por aplicar estrategias de aprendizaje adecuadas (Bergsmann, Schultes, Winter, Schober y Spiel, 2015).

Para ilustrar las múltiples definiciones de **competencia** en un intento de comprender el concepto, autores como Eraut (1994), Le Boterf (2000), Perrenoud (2004), Lafuente et al. (2007), Rodríguez (2009), Paranhos y Mendes (2010) y Pinilla-Roa (2012), entre otros, exponen un conjunto de características que identifican a las personas competentes. De ahí que se las defina como la combinación de habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para demostrar un trabajo de manera eficaz. Finalmente se demuestran y se desarrollan a partir de actividades que integren las habilidades, las actitudes y los conocimientos adquiridos con anterioridad (Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya, 2009; Villa y Poblete, 2007).

Asimismo, Collins y Hewer (2014) la definen como la inclusión de conocimientos, habilidades y actitudes que construyen una profesión determinada, García-Sanz (2008; 2014) añade destreza, valores y normas en la misma definición.

Zabala y Arnau (2007) hacen una disertación sobre las competencias explicando 11 ideas clave para enseñar y aprender con ellas. De este modo se explica la necesidad de superar el aprendizaje memorístico, identificar las necesidades para dar respuesta a problemas, recalca el conocimiento que forma parte de la competencia, también refiere que en la educación se construye y desarrolla la

personalidad del estudiante. Además, las competencias se diseminan en todos los ámbitos de la vida, el aprendizaje de la competencia es progresivo, se busca la resolución de situaciones reales. Los autores las valoran como metadisciplinarias ya que requieren tiempo y un aprendizaje sistemático. Se necesita un enfoque global para la enseñanza en competencias y su adquisición es compleja y necesita ser evaluada.

También se encuentran otros autores que describen las competencias como una composición de elementos conectados de conocimientos, habilidades y actitudes que se pueden utilizar para resolver problemas de manera adecuada (Bartman, Bastiaens, Kirschner, y van der Vleuten, 2007) y en esta misma línea Aránega (2014) recoge múltiples definiciones y destaca entre ellas *“la capacidad de poner en juego saberes, habilidades y actitudes con la finalidad de aportar soluciones coherentes y responsables a situaciones problemáticas que se planteen”* (p. 368).

En la actualidad, la educación superior se decanta por las competencias como la herramienta para alcanzar la competencia en el ámbito profesional. En este sentido, se habla de **competencia profesional** en la construcción del saber y gestionar la situación profesional compleja. Se enfatiza la importancia de que no solo las habilidades, actitudes y conocimientos expuestos anteriormente son esenciales sino también el engranaje de ellos para solventar las incidencias del día a día en el ámbito profesional.

Antecedentes y situación actual

Específicamente, en el caso de las universidades españolas, Achcaoucaou *et al.* (2014) afirman que se han definido las competencias que los estudiantes deben alcanzar de manera muy cuidadosa debido a que se considera la mejora de la enseñanza y la investigación como la prioridad en la educación superior. Definen el modelo de competencias como una herramienta para identificar las habilidades, conocimientos y cualidades personales para conseguir los objetivos planteados en el proceso de aprendizaje.

Y más concretamente en el ámbito de las Ciencias de la Salud, Pinilla-Roa (2012) afirma que el profesional competente es aquel que soluciona de forma autónoma los problemas de distinta índole de manera interdisciplinar para mejorar la calidad de vida de las personas. Un ejemplo dentro del ámbito de la salud son las competencias en salud pública de los profesionales que trabajan en un campo de actividades multidisciplinares y multiprofesionales; en su práctica diaria se analizan la salud comunitaria y situaciones de emergencia, gestionan servicios y programas, realizan inspecciones y auditorias; y con ello demuestran la capacidad de desarrollar pensamiento conceptual y analítico, tienen iniciativa y autoconfianza, además de tener capacidad de trabajo en equipo, etc. (Benavides *et al.*, 2006).

Es más, Davó-Blanes *et al.* (2014) reflejan un alto grado de coincidencia en las competencias profesionales cuando comparan una decena de estudios de grado relacionados con la salud. Afirma que la salud pública es multidisciplinar tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito socioambiental y de ahí las coincidencias entre competencias de los distintos profesionales de salud.

Diversos autores explican que las competencias solo reciben un significado en un contexto específico y cómo los estudiantes valoran positivamente la noción de desarrollar las competencias como preparación para el mercado laboral. Se recoge la percepción de los estudiantes quienes afirman que las competencias deben integrarse en los programas académicos, como ya se realiza en el día de hoy. Mencionan también la importancia del aprendizaje en comunicación, la reflexión crítica, la alfabetización, el trabajo en equipo, etc. (Mulder, Gulikers, Biemans, y Wesselink, 2009).

Por tanto, la variedad y los nexos de unión entre las definiciones de competencias nos evocan a diferenciar entre competencias genéricas y específicas con mayor profundidad. Una de las clasificaciones más conocidas es la del proyecto *Tuning*, ya mencionado anteriormente, que clasifica las competencias genéricas en tres grupos (González y Wagenaar, 2006):

- Competencias instrumentales: incluyen las habilidades cognitivas, capacidades metodológicas para manipular el ambiente, destreza tecnológica y destreza lingüística.
- Competencias interpersonales: relativas a la capacidad de expresar sentimientos, habilidades críticas y de autocrítica, trabajo en equipo, compromiso social o ético.
- Competencias sistémicas: se combina la comprensión, la sensibilidad y el conocimiento para relacionarse en su totalidad.

Antecedentes y situación actual

El proyecto redacta un total de 30 competencias genéricas para los estudios de educación superior bajo las directrices del EEES (Tabla 1).

Tabla 1. Competencias genéricas de los estudios universitarios

Competencias genéricas		
Competencias instrumentales	Competencias interpersonales	Competencias sistémicas
Capacidad de análisis y síntesis.	Capacidad crítica y autocrítica.	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
Capacidad de organización y planificación.	Trabajo en equipo.	Habilidades de investigación.
Conocimientos generales básicos.	Habilidades interpersonales.	Capacidad de aprender.
Conocimientos básicos de la profesión.	Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar.	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
Conocimientos de una segunda lengua.	Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.	Capacidad de generar nuevas ideas.
Habilidades básicas de manejo del ordenador.	Habilidades de trabajar en un contexto internacional.	Liderazgo.
Habilidades de gestión de la información.	Compromiso ético.	Conocimientos de culturas y costumbres de otros países.
Resolución de problemas.		Habilidades para trabajar de forma autónoma.
Toma de decisiones.		Diseño y gestión de proyectos.
		Iniciativa y espíritu emprendedor.
		Preocupación por la calidad.
		Motivación de logro.

Fuente: Tuning Project. Tuning Educational Structures in Europe (2006).

Así pues, las competencias específicas serán propias de cada área de conocimiento y específicas de un campo de estudio (González y Wagenaar, 2006), puesto que de este modo se facilita el desarrollo competencial de los estudios que existen en educación superior en nuestro entorno. Una vez definidas las competencias se crea la necesidad de evaluarlas dentro del marco de la educación superior que está generando un trabajo para consensuarlas, por ejemplo, en el ámbito de la salud ya que en otras disciplinas no ha irrumpido de forma tan enérgica. Esta nueva necesidad viene acompañada de una dificultad intrínseca por la complejidad del concepto que autores como Yanhua y Watson (2011) lo interpretan y lo responsabilizan a la existencia de fluctuaciones en el rendimiento para conseguir ser competente (Watson, Stimpson, Topping, y

Porock, 2002). Incluso otros consideran que es imposible de medir. Con los años se han elaborado criterios para evaluar las competencias de manera consensuada por motivos varios, uno de ellos es dar respuesta a las demandas que la sociedad pide acerca de los sistemas educativos (Cano, 2011, p. 17). Por esta razón la evaluación de las competencias da conciencia al estudiante del nivel competencial en el que se encuentra para así poder buscar los puntos de mejora e incrementar la capacidad de seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida (Cano, 2011, p. 33).

En todo este proceso actualmente se ahonda aún más en el concepto de enseñanza basada en competencias. Se halla una evolución en la materia y se desarrolla el modelo de competencia teórica que contiene tres dimensiones o estructuras: áreas de competencia (hace referencia a la estructura de la competencia), los niveles de competencia (grado de especialización) y el desarrollo de competencias (mejora de la competencia con el tiempo), para conseguir la posterior evaluación de dicha enseñanza (Bergsmann *et al.*, 2015).

En resumen, con la llegada e implantación de las directrices del EEES se crea la necesidad de instaurar nuevas estrategias para llevar a cabo el proceso enseñanza–aprendizaje, recuperando conceptos que ya existían para este fin. Es el caso de Bonwell y Eison (1991), que ya definieron el aprendizaje activo como aquel en que interacciona el individuo con la información mediante la observación y **la reflexión**, y así desarrolla habilidades de análisis, síntesis y evaluación. Schwartz y Pollishuke (2005) añaden a esta definición la experimentación y la comunicación con las personas además de los materiales que encuentra el individuo a su alrededor, y así desarrollar capacidades en **pensamiento crítico** y creativo. La universidad pone su atención en el

Antecedentes y situación actual

aprendizaje activo, debido a este cambio en la orientación de la enseñanza. El interés se centra en conseguir alumnos competentes en sus futuras actividades profesionales dándoles un papel más activo y con mayor control en este proceso (Sanz-Angulo, De-Benito-Martín, y Galindo-Melero, 2011). Se transforma el aprendizaje tradicional en un aprendizaje activo, entendiendo el primero como un modelo unidireccional y centrado en los contenidos para la adquisición de conocimientos; y el segundo como un proceso de enseñanza-aprendizaje en que es el estudiante quien debe realizar actividades de aprendizaje significativo llevándole a la reflexión del por qué se hace esa actividad y de este modo mejorar la responsabilidad en la construcción de su propio conocimiento (Cárdenas y Zapata, 2013; García, 2008; Meneses, 2007).

Debido a la transformación que se impulsa en la educación superior también se precisa revisar el papel de las metodologías docentes, herramientas mediante las cuales se pretenden alcanzar las competencias que favorecen el desarrollo de la reflexión y el pensamiento crítico. Gracias a estos dos elementos se logra un acercamiento y fomento del Aprendizaje Autodirigido, que se explica más adelante.

Para clarificar esta idea la Figura 1 ilustra como la educación superior y estos elementos determinantes llevan al estudiante hacia la identidad profesional.

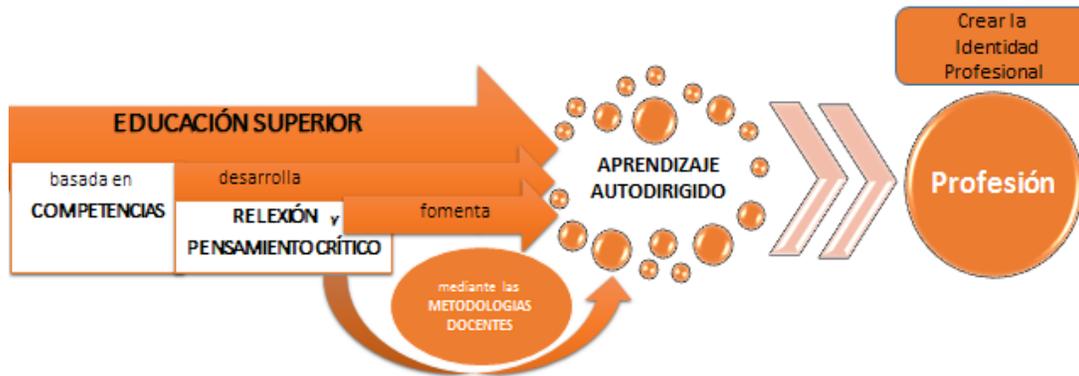


Figura 1: De la Educación Superior a la Identidad Profesional a través del AA. Fuente: Elaboración propia.

Como consecuencia de esta cadena de acontecimientos se amplía el abanico de las **metodologías docentes**, entendiéndolas como aquel “conjunto de decisiones sobre los procedimientos a emprender y sobre los recursos a utilizar en las diferentes fases de un plan de acción que, organizados y secuenciados coherentemente con los objetivos pretendidos en cada uno de los momentos del proceso, permiten dar una respuesta a la finalidad última de la tarea educativa” (De Miguel, 2005).

Ciertamente, en este proceso de enseñanza–aprendizaje una cualidad fundamental que se repite de forma constante es la reflexión mencionada anteriormente. Esta reflexión se encamina hacia una manera muy concreta de entender la práctica diaria, se dirige hacia la práctica reflexiva (PR). Ya desde principios del siglo XX, Dewey había elaborado las primeras ideas sobre

Antecedentes y situación actual

práctica reflexiva. Se continúa trabajando en esta línea y a finales de los setenta y sobre todo en la década de los ochenta investigadores como Schön ahondan en el pensamiento reflexivo. Schön (1987) la define como “*un diálogo de pensamiento y acción a través del cual adquirimos más destrezas*”, más aún Osterman y Kottkamb (2004) afirman que es “*un proceso sistemático y comprensivo de recolección de información enriquecida por el diálogo y el esfuerzo colaborativo*”. Además, se presentan modelos para aprender a hacer PR como los siguientes:

- Kolb (1984), *Ciclo de Kolb*: la experiencia como forma de aprender. Consta de 4 etapas. 1: experiencia concreta; 2: observaciones y reflexión; 3: formación de conceptos abstractos y generalizados y 4: comprobar las implicaciones de los conceptos en situaciones nuevas.
- Korthagen (2001), *Modelo ALACT (Action, Looking back on action, Awareness of essentials aspects, Creating alternative methods of action and Trial)*: apuesta por la formación del profesado con 5 principios. 1: experiencia o acción; 2: mirar hacia atrás (hacia la acción); 3: determinar los puntos importantes de la propia actuación; 4: buscar y preparar comportamientos alternativos para actuar y 5: comprobar su eficacia en una situación nueva.
- Domingo (2013), *Método R5*: para guiar la reflexión sistemática. Consta de 5 fases: 1: realidad vivida en el aula para reflexionar; 2: reconstruir el hecho a posteriori; 3: reflexión individual

autorregulada; 4: reflexión compartida o grupal y 5: planificar la nueva intervención.

- Domingo y Gómez (2014), *Modelo ATOM*: busca indagar y analizar la práctica educativa aislando los elementos que están involucrados. Consta de un núcleo que es el Docente indagador y lo envuelven 6 componentes; 1: imaginario docente; 2: aspectos curriculares y didácticos; 3: conocimientos teóricos; 4: emociones y sentimientos; 5: aspectos éticos y 6: intencionalidad.

Para ilustrar en el contexto profesional la PR, Villalobos y Cabrera (2009) aportan que el verdadero objetivo de la PR es asumir un conocimiento y una comprensión a un nivel tan profundo que es la base para tomar decisiones con la finalidad de mejorar de manera continuada la práctica en la carrera profesional. O como citan Domingo y Gómez (2014) *“La meta de la reflexión, tal como antes se ha expuesto, es mejorar la práctica a través de la explicación de los fenómenos que ocurren”* (p. 45).

Relacionado con el ámbito de la salud, Powell (1989) concluye que las enfermeras empleaban la PR para la planificación y evaluación de los cuidados enfermeros, pero reconocen que no la usaban durante su aprendizaje. Posteriormente otros autores ya incorporan este hecho y la identifican en la misma disciplina, exponen que las enfermeras ya utilizan la reflexión durante su aprendizaje (Gustafsson y Fagerberg, 2004; Penden-McAlpine, Tomlison, Forneris, Genk, y Meier, 2005). Incluso a nivel internacional, merece la pena mencionar que en varias provincias de Canadá incluyen la PR como una

Antecedentes y situación actual

competencia obligatoria con la finalidad de poderse colegiar (Nelson y Purkis, 2004) y poder así ejercer la profesión.

En la misma dirección, estudios recientes como el de Clarke (2014), definen el perfil de la reflexión desde la perspectiva de los estudiantes y profesores, en el cual la reflexión es un proceso esencial que obliga a desarrollar habilidades comunicativas y define once ingredientes para lograr una reflexión con éxito, como son: habilidades académicas, cualidades actitudinales, comunicación, empatía, actitud, conocimiento, consciencia, centrado en la persona, orientado en el proceso, consciencia de sí mismo y estratégico.

En concreto, Maestre, Szyld, Del Moral, Ortiz y Rudolph (2014), explican cómo las profesiones sanitarias evolucionan constantemente. Por este motivo requieren de una reflexión rigurosa sobre su rendimiento, y una retroalimentación específica y constructiva para proporcionar una asistencia de calidad. Aguayo-González y Monereo-Font (2012), hacen referencia a que la experiencia clínica es el componente central en el aprendizaje de los estudiantes, mencionan a otros autores que enfatizan la necesidad de crear ambientes más dinámicos, con mayor disponibilidad de recursos de aprendizaje que les permitan unir el aprendizaje teórico con la práctica clínica. Para conseguir el desarrollo de la PR existen diferentes instrumentos: diario reflexivo, portafolio reflexivo y portafolio. En una investigación que trata de la valoración de los estudiantes sobre las experiencias de PR a través de los instrumentos mencionados anteriormente durante sus estudios de grado, se concluye que la percepción de los estudiantes hacia la PR en general es positiva, les aportan un conocimiento más complejo y enriquecedor, también logran mayor comprensión del campo profesional y les favorecen en la identificación

de aspectos de mejora como la necesidad de formación, además de evidenciar la necesidad de instruir a los estudiantes sobre la metodología para entender los objetivos y beneficios de la PR y así aumentar la implicación de éstos (Fullana, Pallisera, Colomer, Fernández y Pérez, 2013). Aportaciones como las de Fernández-Peña *et al.* (2016), que en la misma línea y con hallazgos similares a los anteriores mencionados resaltan la necesidad de instaurar instrumentos de evaluación estandarizada en PR, además de formación previa para realizar las actividades docentes diseñadas durante los estudios.

Siguiendo el hilo conductor de la educación basada en competencias, otro elemento que se identifica e indudablemente tiene especial relevancia para entender en qué se fundamenta este tipo de educación, es la concepción del término **competencia** como la “capacidad crítica y autocrítica” y relacionarla con la “capacidad de analizar, aprender, reflexionar, adaptarse, solucionar problemas o tomar decisiones” con lo que se hace referencia en parte, a la PR y al concepto de **Pensamiento Crítico** (PC). En la disciplina enfermera, por ejemplo, se puede afirmar que el Pensamiento Crítico es una competencia genérica con unas connotaciones específicas dentro de este ámbito (Roca, 2013). El PC es estudiado desde 1941, Glaser lo define como “*la capacidad de pensar críticamente compuesta de: una actitud de estar dispuesto a considerar de una manera reflexiva los problemas y las experiencias de uno; el conocimiento de los métodos de investigación lógica y el razonamiento; y una cierta habilidad en la aplicación de esos métodos*” (p. 5). Según Paul y Elder (2003), “*el pensamiento crítico es un modo de pensar; sobre cualquier tema, contenido o problema; en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al*

Antecedentes y situación actual

apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (p. 4).

En las disciplinas relacionadas con la salud, siguiendo con el ejemplo enfermero, Prefetto-McGrath (2005) afirma que el PC es vital en la práctica enfermera basada en la evidencia ya que contribuye a resultados positivos para el paciente, y este PC a su vez prepara a las enfermeras en habilidades mentales, actitudes y rasgos; que son necesarios para apoyar la **Práctica Basada en la Evidencia** (PBE). La autora recoge la afirmación de Kim (1999) que considera que el PC permite a las enfermeras ser reflexivas y críticas con su práctica diaria, proporcionando confianza para diferenciar entre las buenas prácticas y la práctica ineficaz.

Para finalizar, se puede afirmar que la Práctica Reflexiva mejora y ayuda a desarrollar las habilidades cognitivas y metacognitivas propias del PC y a su vez éste facilita la PR, todo ello proporcionado por una educación basada en competencias (Legault, 2012). Como consecuencia se crea un sistema de retroalimentación en el desarrollo de habilidades en los profesionales. En el momento en que se recogen, reevalúan e incorporan estos elementos y se adhieren a la educación superior, las competencias se usan para diseñar las titulaciones universitarias para formar a los futuros profesionales. Es más, más allá de conseguir una titulación universitaria en el ámbito de la salud, como se viene repitiendo a lo largo del documento, los profesionales deben ser aprendices a lo largo de la vida, a lo largo de su carrera profesional y esto se consigue fomentando las cualidades del Aprendizaje Autodirigido.

3. El Aprendizaje Autodirigido

El Aprendizaje Autodirigido es un modo de entender y desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje que aporta múltiples beneficios a los estudiantes que paso a paso se forman en él, facilitándoles un camino hacia la competencia profesional perdurable en el tiempo.

3.1 Fundamentos y evidencia sobre el Aprendizaje Autodirigido

El EEES promueve la educación superior fomentando que sea el propio estudiante quien desarrolle las competencias a partir de las actividades de aprendizaje diseñadas con este fin (Skaalvik *et al.*, 2011). Para que el proceso de enseñanza-aprendizaje funcione se necesita conseguir que los estudiantes se comprometan con esas actividades, ayudándoles a alcanzar los objetivos de aprendizaje establecidos pero los estudiantes necesitan más apoyo para lograr este fin (Biggs, 1999).

Además, Biggs (1999) afirma que cuando el conocimiento de la práctica profesional cambia tan rápido como en los últimos años, debido al incremento de conocimiento científico y tecnológico que repercute en la práctica profesional, se necesita enseñar habilidades metacognitivas para poder desarrollarlo y estas habilidades las considera en realidad, las realmente útiles durante la vida laboral, y a partir del desarrollo de estas habilidades se busca el

Antecedentes y situación actual

mejor camino para proseguir hacia la educación basada en competencias. Y es entonces cuando adquiere más sentido retomar la corriente del Aprendizaje Autodirigido (AA).

Esta idea sobre el aprendizaje no es nueva y en las décadas de los años 70 y 80 de finales del siglo XX, es cuando se comienza a desarrollar el concepto del AA con más ímpetu. Se presenta el modelo andragógico de Knowles (1975) según el cual la persona adulta crea la necesidad de aprender a partir de la experiencia vital, por ello se concibe el AA como autoinstrucción y autoenseñanza (Cadorin *et al.*, 2012). Knowles (1975) lo define como *“el proceso por el cual, los individuos toman la iniciativa, con o sin la ayuda de otros, en el diagnóstico de su aprendizaje, formulación de objetivos, identificación de los recursos humanos y materiales para la formación, la elección y aplicación de estrategias de aprendizaje apropiadas y evaluación de sus propios resultados formativos”* (p. 18). Según Alonso (2012) la androgogía desarrolla las competencias cognitivas que incluye el pensamiento comprensivo, crítico y creativo, la toma de decisiones y la resolución de problemas; y las competencias metacognitivas que se consideran son la autorregulación y la transferencia, todas ellas necesarias en la educación superior.

Así pues, durante años se ha trabajado sobre el concepto de AA, lo que ha proporcionado múltiples definiciones e investigaciones al respecto. Un ejemplo de definición es el que define el AA como *“aquel aprendizaje en el cual el diseño, conducción y evaluación de un esfuerzo de aprendizaje es decidido y llevado a cabo por el aprendiz”* (Cerdeira y Osses, 2012, p. 1504). Además, se asocia a una perspectiva crítica del individuo, o como Wisley (1983) afirma

que es el "grado que el individuo posee de actitudes, habilidades y características personales necesarias para llevar a cabo el aprendizaje autodirigido" (p. 198). Candy (1988) profundiza en el análisis del concepto AA y lo explica como un atributo personal, como autodidáctico y con el control del estudiante teniendo lugar fuera de las aulas (p. 1033).

A continuación, se representa con la Figura 2 la idiosincrasia del AA, qué incluye y en qué desemboca. Estas actitudes, habilidades o características personales sometidas bajo el prisma del AA aportan autogestión, deseo de aprender y autocontrol en la persona.

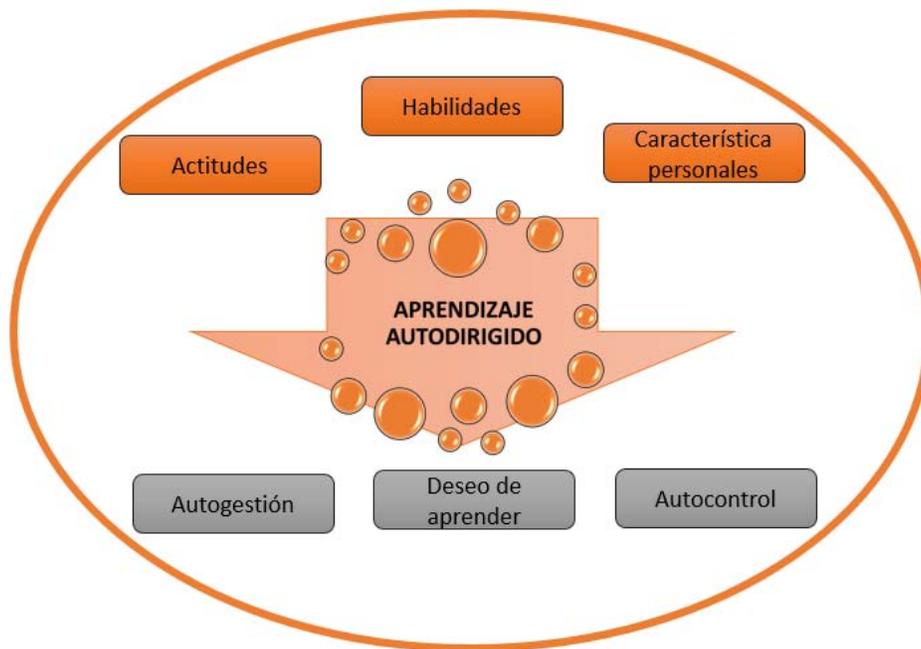


Figura 2. La idiosincrasia del Aprendizaje Autodirigido.

Fuente: Elaboración propia basada en Wisley (1983) y Fisher *et al.* (2001).

En otras palabras, el AA se concibe como la capacidad que tiene el sujeto de guiar su propio proceso de aprendizaje considerando sus características como estudiante y el contexto donde se desarrolla. El aprendiz asume la

Antecedentes y situación actual

responsabilidad de su aprendizaje y necesita del tutor que también adopte un papel muy activo: negociando, intercambiando opiniones, aportando recursos y validando los resultados obtenidos durante el aprendizaje. En definitiva, se entiende el Aprendizaje Autodirigido como un método de instrucción (Brockett y Hiemstra, 1993, p. 30).

Brockett y Hiemstra (1993), presentan un modelo teórico con el objetivo de promover la comprensión de la autodirección en el aprendizaje (*Model Pro: Personal Responsibility Orientation*), distinguiendo dos dimensiones; la primera en la que aparece el concepto de AA como el proceso en el que se asume la responsabilidad en la planificación, elaboración y evaluación del aprendizaje; y la segunda se presenta la autodirección del aprendizaje entendiéndola como un rasgo de la personalidad y explicándola como el deseo de asumir la responsabilidad del aprendizaje. Se continúa estudiando en las investigaciones más recientes esta segunda dimensión reforzando la relación del AA y los rasgos de personalidad (Cazan y Schiopca, 2013).

Pero ya por los años 70 se empiezan a elaborar diversos instrumentos de medida para poder evaluarlo, al mismo tiempo que evoluciona el concepto. A partir de estas herramientas originales, se han llevado a cabo validaciones y adaptaciones dando lugar a diversas escalas en diferentes contextos como puede ser la elaboradora por Fasce *et al.* (2011) o Cadorin *et al.* (2013) que adapta la versión de Williamson (2007) al italiano. Cadorin *et al.* (2013) reconocen la necesidad de medir la capacidad de AA de las personas para poder fomentar el desarrollo de habilidades de este tipo de aprendizaje. De esta manera se puede detectar a las personas que necesiten estrategias educativas específicas y posteriormente medir la efectividad de éstas.

En relación a las Ciencias de la Salud, en especial en enfermería, se detecta la importancia que se le da a investigar sobre el concepto del AA, puesto que se encuentra una cantidad considerable de estudios sobre la disposición al AA (Brockett y Hiemstra, 1993).

Asimismo, también en medicina, en la búsqueda de factores relacionados con el AA, se vislumbra por ejemplo a Spormann *et al.* (2015), estos concluyen que la autoestima, el compromiso académico y el buen manejo del tiempo están asociados con el AA de los estudiantes de esta disciplina.

La justificación de estudiar el AA viene dada por aportaciones como las de Murad y Varkey (2008), los cuales evidencian que, debido a los constantes avances en las Ciencias de la Salud, los profesionales deben desarrollar habilidades que les permitan ser estudiantes de por vida y el AA es considerado la herramienta más adecuada en este colectivo para mantenerse al día y conocer la evidencia científica más actualizada. También en esta línea, Huynh *et al.* (2009) reconocen esta misma necesidad, y en un estudio realizado en Baltimore en estudiantes de farmacia, demuestran que la mayoría de ellos realizan un alto grado de preparación para el AA, tienen actitudes, habilidades y características que se requieren en este aprendizaje.

Como se ha comentado anteriormente hace tiempo que se estudia el AA dando lugar a la aparición de términos que están relacionados con este aprendizaje y que en ocasiones puede ocasionar confusión. Por ejemplo, Gargallo (2012) afirma que la sociedad de la información crea la necesidad de llegar a formar “aprendices estratégicos”, personas autónomas que quieren aprender para crecer, para sí y para los demás, teniendo como referente los

Antecedentes y situación actual

valores; alguien que aprende a movilizar, observar, evaluar, planificar y controlar sus propios procesos de aprendizaje. De esta afirmación se pueden derivar la relación entre: aprendizaje autorregulado, aprender a aprender, aprendizaje significativo, aprendizaje autónomo...

A continuación, se intentan clarificar los conceptos mencionados ya que esta investigación se centra en el AA.

En primer lugar, “aprender a aprender” es la capacidad metacognitiva para la búsqueda y actualización del aprendizaje, se sirve de métodos y conceptos útiles para aprender, es una metacompetencia (Echeverría, 1985; Illesca, 2012; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2016). Según Novak y Gowin (1984) aprender sobre la naturaleza del conocimiento permite entender cómo se aprende y este hecho se aprovecha para construir nuevo conocimiento.

En segundo lugar, el “aprendizaje significativo” como se ha comentado con anterioridad, se vale de actividades llevando al estudiante a la reflexión del por qué se hace esa actividad y así construir su propio conocimiento (Cárdenas y Zapata, 2013; García, 2008; Meneses, 2007). Con esta reflexión lo que consigue es relacionar los nuevos conceptos con los que ya posee el estudiante (Novak y Gowin, 1984).

En tercer lugar, se define al “aprendizaje autónomo” como aquel aprendizaje realizado con la motivación, y a su vez con contenidos, técnicas y evaluación elaboradas por el propio estudiante que aprende. Es él quien selecciona las mejores estrategias para lograr sus objetivos de aprendizaje (Pinto, 2014). En este mismo sentido otros autores recogen la definición de este aprendizaje

como aquel en que el estudiante marca el camino de aprender tomando la iniciativa, controlando el progreso y evaluando los resultados de aprendizaje (Ibarra y Rodríguez, 2011; Lee, 2016). Al mismo tiempo toma conciencia de su propio aprendizaje y se concluye que el papel de profesor es desarrollar actividades que cumplan con las necesidades del estudiante invirtiendo más tiempo y energía para conseguirlo (Lee, 2016). Según De Miguel (2005), es una modalidad organizativa que conlleva el desarrollar la capacidad de autoaprendizaje.

De Miguel (2005) clasifica los métodos docentes en: métodos expositivos o lección magistral, estudio de casos, resolución de ejercicios y problemas, Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), aprendizaje orientado o proyectos, aprendizaje cooperativo y el contrato autónomo (que incluye la elaboración del portafolio). En su descripción refleja como todos son métodos que instan en mayor o menor medida al aprendizaje activo, a excepción del método expositivo debido a que su finalidad es la transmisión de conocimiento.

Y para finalizar el “aprendizaje autorregulado”, que se entiende como un atributo dentro del macroconcepto que es el AA, ya que solo contempla las características del estudiante. Proviene de la disciplina de la psicología y se atribuye al estudiante la capacidad de involucrase en acciones, pensamientos, sentimientos y conductas que le permiten alcanzar los objetivos de aprendizaje. En cambio, el AA contempla el contexto del aprendizaje y las características del estudiante y es originario de la disciplina de educación (Cerdeña y Osses, 2012; Loyens, Magda y Rikers, 2008; Pintrich, 2004; Zimmerman y Schunk, 2008). Es importante distinguir entre estos dos

Antecedentes y situación actual

aprendizajes debido a la amplia literatura publicada, que puede dar pie a confusión, siendo este último en el que se basa esta investigación.

Llegados a este punto y habiendo clarificado conceptos trascendentales para contextualizar el marco de la investigación, a continuación, se descubren los estudios que exponen, argumentan y concluyen el significado y el valor añadido de la implementación del AA en la educación superior y también en el ámbito laboral.

Por ejemplo, Bravata, Huot, Abernathy, Skeff y Bravata (2003) plantean un proyecto piloto de un plan de estudios basado en mejorar el AA en los estudios de medicina. La implantación del protocolo incrementa a corto y largo plazo la proporción de médicos que definen metas de aprendizaje. En un año, la mitad de los participantes muestran un comportamiento orientado hacia el AA, por ello se considera que esta innovación puede mejorar algunos componentes del AA. En esta línea, Taminiou *et al.* (2014) consideran la necesidad de hacer formación basada en AA para mejorar las habilidades de los estudiantes.

Años más tarde, en 2011 Smyth y Perkins, tras estudiar el AA en la formación sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP), obtienen una tasa de éxito del 84% frente al 66% que se había formado mediante el método tradicional, y señalan cómo se puede reducir el tiempo y la carga de los recursos necesarios para adquirir habilidades de RCP. Según los resultados, los grupos estudiados mediante AA tienen mayor oportunidad de consolidar las habilidades previas a la realización de las evaluaciones (Smyth y Perkins, 2011).

En enfermería, Ünsal-Avdal analizó en 2013 en Turquía las habilidades de AA en los estudiantes y puso en evidencia que el nivel de éxito era mayor en el grupo de intervención, que habían sido educados por métodos de AA, que en los del grupo control. A pesar de esto, según el autor, el AA aumenta la capacidad del estudiante, pero el esfuerzo individual y el entusiasmo tienen mayor impacto en el rendimiento que las habilidades de AA (Ünsal-Avdal, 2013).

Otros autores explican que las habilidades de AA son esenciales para el desarrollo en la formación de los estudiantes (Li, Tancredi, Co y West, 2010), así como otros autores, constatan la suma importancia de este aprendizaje para el desarrollo profesional ya que les permite ampliar conocimientos y mejorar la calidad de su práctica (Shen, Chen, y Hu, 2014).

Ya en la formación profesional, Raemdonck, Gijbels y van Groen (2014) afirman que el AA es claramente positivo en el ámbito laboral debido a que las demandas de empleo y la orientación hacia el AA constituyen predictores significativos y positivos en el aprendizaje en el trabajo.

Otro ejemplo sobre el tema es el de Dale, Pierce y May que en 2013 investigan el AA en estudiantes de veterinaria y encuentran un aumento significativo de los niveles de competencia percibida y de su confianza gracias a sus habilidades en AA. Los aspectos de mayor acuerdo son la organización y la gestión del tiempo, la confianza, la madurez y el liderazgo, la comunicación y las habilidades de resolución de conflictos; así como algunas habilidades en recursos humanos. Así mismo, afirman que el uso extenso de las estrategias de aprendizaje reflexivo y

Antecedentes y situación actual

proyectos autodirigidos maximiza la utilización de recursos escasos y asegura la transferencia de conocimientos (Dale, Pierce, y May, 2013).

Las investigaciones de Kyndt, Onghena, Smet y Dochy (2014), demuestran la importancia de las características individuales en la intención de aprendizaje y adoptan un enfoque multinivel para centrarse en ello. Afirman que los empleados han de asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje y la búsqueda activa de oportunidades para desarrollarlo de forma continuada. Reafirmando este concepto y encaminándolo al mundo laboral, autores como Parra, Cerda y López-Vargas (2014) concluyen en su estudio sobre el AA en estudiantes de pedagogía que las personas deben poseer las habilidades del AA debido a su inclusión en la sociedad de la información en la que se desarrolla la vida diaria y afirman que son unas habilidades que forman parte de un proceso natural, por ello, con los años se aumentan los niveles de autodirección de aprendizaje. Se cree que dichas habilidades son esenciales para el crecimiento (contemplado en el proceso) y el éxito profesional (Deyo, Huynh, Rochester, Sturpe, y Kiser, 2011).

Reviriego *et al.* (2013), que en su informe de evaluación de tecnologías sanitarias expresan que el AA permitirá a los profesionales mantener actualizado el conocimiento y es recomendable para profesionales del ámbito de la salud como herramienta para estar al día de la literatura científica.

También hay investigaciones que indagan en conocer la disposición para el AA que tienen los estudiantes y observan sus características demográficas como son los estudios realizados por El-Gilany y Abusaad (2013); Phillip, Turnbull y He (2015); y Yuan, Williams, Fang y Pang (2012). En la investigación realizada por Yuan, Williams, Fang y Pang (2012) a estudiantes de enfermería en China,

muestran niveles altos de disposición para el AA, refieren que la disposición varía dependiendo del curso académico al que pertenecen los estudiantes, como también se muestran puntuaciones más altas en aquellos que cursan el último año y que tienen experiencia de trabajo en grupo pequeño, pero no hay diferencias entre sexos. En el caso de El-Gilany y Abusaad (2013) que investigan a estudiantes saudís, también de enfermería para conocer la disposición para el AA e indagar en las relaciones con los estilos de aprendizaje, concluyen que las estudiantes alcanzaron un alto nivel de AA pero no hay relación entre el AA y aspectos demográficos (sexo, edad, estado civil y lugar de residencia), así como tampoco se detecta relación entre el AA y los estilos de aprendizaje. Para finalizar, Phillip, Turnbull y He (2015) estudian en Australia al mismo colectivo y determinan que no existe relación entre el AA y el género, ni entre la disposición para el AA y la edad de los participantes. Los estudiantes de primer año tienen menos disposición para el AA y sugieren la necesidad de realizar diseños curriculares que fomenten la diversidad en el aprendizaje de manera temprana.

Por consiguiente, las metodologías docentes se vislumbran como el elemento fundamental de las estrategias pedagógicas para fomentar la autonomía en los estudiantes. En primer lugar, es necesario conocer la naturaleza de las metodologías para posteriormente asociarlas con fortaleza al AA. Como comenta González (2012) mediante las metodologías docentes y el desarrollo del AA se consolidarán competencias útiles para la vida profesional.

3.2 Las metodologías docentes relacionadas con el Aprendizaje Autodirigido

Es indiscutible que para fomentar el AA se necesitan instrumentos que ayuden a desarrollarlo a lo largo del proceso educativo. Las metodologías docentes activas y participativas son las herramientas apropiadas para conseguir una enseñanza basada en competencias que fomente el AA, debido a su uso en el transcurso del proceso educativo en la educación superior. Se entiende por metodología docente aquel conjunto de estrategias y métodos de enseñanza que utiliza el docente para que aprenda el estudiante (Universitat Oberta de Catalunya, 2015), es por tanto un conjunto de técnicas y acciones coordinadas para encaminar el aprendizaje del estudiante hacia los objetivos establecidos de los estudios (Fernández, 2005). Las más utilizadas en este tipo de enseñanza son aquellas que fomentan la capacidad de reflexión y de pensamiento crítico para conseguir la transferencia del conocimiento. Se prepara a los estudiantes para su práctica profesional, adoptando una práctica reflexiva y dándoles herramientas para la autoformación continua (Legault, 2012). Y se definen las actividades o instrumentos docentes como aquellos que se utilizan para resolver tan solo una actividad concreta y no determinan el resto de la asignatura (Universitat Oberta de Catalunya, 2015).

También existen otros tipos de aprendizajes que se utilizan en la educación superior como son el aprendizaje experiencial que hace referencia a aquel aprendizaje que se desarrolla en una situación de trabajo y el aprendizaje reflexivo que hace referencia a aquel aprendizaje que se elabora a partir de la reflexión sobre la práctica profesional a diferentes niveles de profundidad y caracterizada por ser metódica, sistemática, instrumentada, premeditada e intencionada, pero que no se desarrollan en el documento (Fullana *et al.*, 2013; Domingo y Gómez, 2014). A continuación, se presenta una tabla-resumen con las definiciones de las metodologías docentes y los instrumentos más utilizados en la educación superior y la relación de cada uno de ellos con las cualidades más cercanas a la disposición para el AA (véase Tabla 2 y 3).

Antecedentes y situación actual

Tabla 2. Las metodologías docentes más utilizadas en la educación superior y su relación con el AA.

Metodologías docente		
(Articulan toda la asignatura)(Universitat Oberta de Catalunya, 2015).		
	Definición	Cualidades relacionadas con el AA
Métodos expositivos o lección magistral	Materia preparada por el profesor para su exposición, modelo informativo de carácter unidireccional. Los estudiantes escuchan y cogen apuntes (García, 2008; Meneses, 2007).	Método tradicional, protagonismo del docente y estudiante pasivo (Boschi, 2014; Cano, Berbén, Fernández, Gea, y Díaz, 2014).
Estudio de casos	Presentación de una situación real para discutir, analizar, hacer diagnóstico de situación, y llegar a unas conclusiones o resolución del caso (Núñez-Tabales, Fuentes-García, Muñoz-Fernández, y Sánchez-Cañizares, 2015).	Método activo, propicia el debate y conduce al pensamiento reflexivo, desarrolla habilidades de comunicación (Bardallo, 2010)
ABP	Construcción de conocimiento a partir de una progresión de tutorías mediante la autogestión, la reflexión y la cooperación en grupo (Branda, 2009).	Método activo, aporta reflexión, pensamiento crítico (Amador, Chávez, Alcaraz, Moy, y Guzmán, 2007) y el estudiante es el protagonista (Roca, 2013)
Aprendizaje orientado o proyectos	Elaboración de un producto finalizado a partir de la construcción de contenidos y significado basados en su experiencia en un tiempo determinado (Verano-Tacoronte y Sosa-Cabrera, 2015)	Método activo, desarrollo de la responsabilidad, autodisciplina (Verano-Tacoronte y Sosa-Cabrera, 2015)
Aprendizaje cooperativo	Consiste en una división del trabajo para la resolución de un problema mediante el trabajo en equipo (Baghcheghi, Koohestani, y Rezaei, 2011). Trabajo en pequeños grupos y compartiendo y ayudando a alcanzar el conocimiento mutuamente (Jurkowski y Hänze, 2015).	Método activo, mejora la capacidad de comunicación, habilidades interactivas, seguimiento de los problemas y desarrolla la autoestima del estudiante (Baghcheghi <i>et al.</i> , 2011)

Tabla 3. Las actividades docentes más utilizadas en la educación superior y su relación con el AA.

Actividades docentes		
(Cuando se utilizan para resolver tan solo una actividad concreta y no determina el resto de la asignatura) (Universitat Oberta de Catalunya, 2015).		
Definición		Cualidades relacionadas con el AA
Resolución de ejercicios y problemas	Búsqueda a partir de una situación inicial la consecución de una meta (Instituto Nacional de Planteamiento de la Educación, 2000).	Desarrolla estrategias, autoconcepto, autoestima (Instituto Nacional de Planteamiento de la Educación, 2000).
Simulación	Creación de un escenario fingido para el desarrollo de acciones protagonizadas por los estudiantes que experimentan consecuencias de dichas elecciones (Burke y Mancuso, 2012).	Método activo, promueve pensamiento creativo, resolución de problemas, y reflexión (Bland, Topping, y Wood, 2011). Mejora la autoeficiencia y la motivación (Oh, Jeon, y Koh, 2015)
Contrato autónomo (portafolio)	Instrumento de recopilación significativa y organizada de información que evidencia una progresión del aprendizaje para la posterior evaluación (Vera y Canalejas, 2007).	Favorece la gestión y la reflexión (Arnau et al., 2008; Mateo, 2007).
Diario reflexivo	Narrativa escrita que pretende explorar actitudes propias y de las personas del entorno durante la práctica profesional (Langley y Brown, 2010).	Se desarrolla el razonamiento clínico, liderazgo y confianza (Goudreau <i>et al.</i> , 2015).
Mapa conceptual	Representación visual de conceptos que se relacionan en un campo determinado que facilitan: la comprensión, el conocimiento, la evaluación y autoevaluación, el PC; y estimula la motivación (Garabet y Miron, 2010).	Genera aprendizaje significativo y desarrolla la metacognición (Novak y Gowin, 1984; Fuenzalida, 2013).

Antecedentes y situación actual

Con la relación expuesta entre metodologías y actividades/instrumentos docentes con el AA se evidencian las cualidades positivas que se obtienen de todos ellos y como los métodos activos ayudan a fomentar el aprendizaje autónomo para conseguir que el estudiante logre adquirir las competencias establecidas en los estudios de grado en educación superior según la disciplina a la que pertenezcan.

El cambio metodológico necesario para conseguir una educación basada en competencias fomentada por el EEES ha supuesto un gran esfuerzo para las instituciones y personal docente pero el beneficio ya revierte en el estudiante.

Para lograr la implantación del cambio metodológico se han proporcionado además de los métodos, los entornos de aprendizaje (modalidades de aprendizaje), que son las distintas maneras de organizar y conducir los métodos de aprendizaje (De Miguel, 2005).

A continuación, se plasman las metodologías docentes que tienen más relación con el AA para profundizar y así fundamentar los beneficios de cada uno de ellos.

- El **estudio y análisis de casos** es aquel método que presenta un caso concreto y los estudiantes deben resolverlo utilizando habilidades como el trabajo en equipo, el razonamiento independiente y defensa de la propia opinión. Al utilizar situaciones reales provoca la mejora de habilidades y se ganan conocimientos relacionados con la competencia profesional (Yakovleva y Yakovlev, 2014). En definitiva, con este método analizan situaciones reales y los estudiantes aprenden a mejorar su resolución de problemas a través del proceso dinámico que se genera.

(Fernández, 2006; Iahad, Mirabolghasemi, Mustaffa, Shafie Abd. Latif, y Buntat, 2013). Como expone Popil (2011) este método puede realizarse de manera individual o grupal y desarrolla el pensamiento crítico de los estudiantes mientras realizan este aprendizaje activo.

- El **aprendizaje basado en problemas** (ABP) es uno de los métodos que más favorece el Aprendizaje Autodirigido (Chakravarthi y Vijayan, 2010; Malan, Ndlovu, y Engelbrecht, 2014), promueve en los estudiantes sus habilidades de reflexión y pensamiento crítico (Amador *et al.*, 2007). Según Branda (2006), el ABP es el aprendizaje centrado en el estudiante que realmente desarrolla el proceso de AA. Reforzando esta misma idea, O'Shea (2003), en una revisión bibliográfica realizada sobre AA en estudiantes y profesores de enfermería, obtuvo resultados positivos en los estudios que utilizan ABP, y concluye que esta mejora es resultante de desarrollar habilidades de aprendizaje que crea participantes activos. Al mismo tiempo, su investigación concluye que el AA también aporta beneficios potenciales, como un aumento de la confianza, la autonomía, la motivación y la preparación para el aprendizaje permanente; coincidiendo con otros autores como Santelices, Williams, Soto y Dougnac (2014). Como también Abraham *et al.* (2011) exploran en los estudios de medicina de la Universidad de Manipal de Karnataka en la India, la disposición de AA de los estudiantes de primer año y su rendimiento, reconocen el ABP y las prácticas de laboratorio como herramientas para el AA llegando a la conclusión que a pesar de poseer un alto nivel de deseo de aprender y de capacidad de autocontrol, los estudiantes necesitan mayor apoyo en las habilidades de autogestión.

Antecedentes y situación actual

El autocontrol se relaciona con aquellos estudiantes que tienen un alto rendimiento (Abraham *et al.*, 2011).

Tanto González (2012) como Roca (2013) afirman que el ABP fomenta que el estudiante tome la responsabilidad de su aprendizaje dando lugar a un proceso autodirigido y autónomo con la finalidad de desarrollar las diferentes competencias relacionadas con el aprendizaje. También mencionan que el estudio de casos promueve que el estudiante sea el protagonista del proceso enseñanza-aprendizaje.

- El **aprendizaje basado en proyectos** es aquel proceso que se desarrolla alrededor de la elaboración de un proyecto, individual o colectivo, y dicho proyecto es el resultado de la actividad educativa (Verano-Tacoronte y Sosa-Cabrera, 2015). Este proyecto resulta de complejas tareas a partir de realizar preguntas o actividades de investigación para que, durante un largo período de tiempo, el estudiante genere un producto final. Durante el proceso se buscan soluciones al problema planteado y de este modo el estudiante crea nuevo conocimiento mediante el trabajo autónomo (Martí, Heydrich, Rojas y Hernández, 2010; Thomas, 2000).

Con este método se traslada el peso del aprendizaje al estudiante mediante el cual se demuestran los conocimientos adquiridos de manera transversal, en una o varias asignaturas y de este modo se van asumiendo las competencias previstas en el título. Venano-Tacoronte y Sosa-Cabrera (2015) demuestran que se favorece el aprendizaje autónomo y a su vez la satisfacción del estudiante.

Las actividades o instrumentos docentes que tienen más relación con el AA para profundizar y así fundamentar los beneficios de cada uno de ellos, son los siguientes:

- En relación a la **simulación** diversos autores (Bland *et al.*, 2011) hacen una revisión del término y lo definen como la representación de la práctica clínica donde se finge una situación real con el propósito de realizar un aprendizaje activo y controlado realizando actividades sin exponer a pacientes a un riesgo y así resolver problemas de alto nivel. El estudiante interacciona en una situación que representa la realidad y lo prepara para afrontar la experiencia en la vida real (Fernández, 2006). Los entornos en simulación ayudan al estudiante a desarrollar sus competencias, habilidades y la identidad profesional, teniendo en cuenta que es en el lugar de trabajo donde se alcanza esta identidad profesional. El docente en este entorno de simulación es quien facilita el AA, dedica más tiempo y energía a la resolución de problemas, invirtiendo también más en el asesoramiento del estudiante. Estas acciones directas sobre el estudiante resultan tener un impacto significativo en el aprendizaje, la motivación y el comportamiento de éste (Jossberger, Brand-Gruwel, van de Wiel, y Boshuizen, 2015). Para la Enfermería Intensiva la simulación supone una herramienta para mantener las competencias, junto con el ABP, aportando un entrenamiento a nivel de reflexión, pensamiento crítico y la adquisición de habilidades y actitudes (Vázquez, Guillamet, Martínez, y Pérez, 2014).

Antecedentes y situación actual

- Otro recurso docente es el **sistema multicapa digital** orientado a recursos para el AA basado en la web y la comunidad, investigado por Li, Hasegawa y Kashihara (2015). Concluyen que este modelo propuesto de aprendizaje (miembros de una comunidad comparten objetivos de estudio parecidos) mejora la búsqueda y organización de la información por la web y a su vez mejora la gestión y la creación de estructuras de conocimiento. Gracias a la creación de un mapa donde el estudiante visualiza los recursos de información, mejora las habilidades del aprendizaje autodirigido (Li, Hasegawa, y Kashihara, 2015).
- El **portafolio** es un documento que recoge las experiencias de aprendizaje de forma continuada e informa sobre el nivel de competencia adquirido, evidenciando los logros de estudiante (Barbará, Gewerc y Rodríguez, 2009). También es otro instrumento que favorece el AA por la capacidad de gestión e integración de la información en el contexto formativo (Mateo, 2007), ya sea su utilización en versión manual o digital constituye una herramienta que a su vez favorece la evaluación y la reflexión de las actividades encomendadas para conseguir el objetivo de aprendizaje dentro de la asignatura a la que pertenezca (Arnau *et al.*, 2008; Garcia y Morillas, 2011). Algunas investigaciones apuntan que con todos estos métodos y herramientas en docencia los estudiantes perciben una mayor satisfacción durante su educación (Martínez-Segura, Sánchez-López, y García-Sánchez, 2011) ya que creen que durante su trayectoria educativa han cumplido sus objetivos de aprendizaje (Facione y Carlin, 2007; González, 2012; Reguant, 2011; Reviriego *et al.*, 2013).

- El **diario reflexivo**, es un instrumento narrativo que recoge las reflexiones de la propia experiencia en una situación real con la finalidad de aprender (Fullana *et al.*, 2013). O como cita Boud (2001), son aquellas actividades intelectuales en las que se exploran experiencias para llevar a nuevos entendimientos, de manera escrita para facilitar la práctica reflexiva (Goudreau *et al.*, 2015). Reguant (2011) afirma que el diario reflexivo contribuye a la adquisición de la reflexión como elemento en el aprendizaje y lo señala como una herramienta motivadora hacia el aprendizaje personal (Bardají, 2008; Reguant, 2011), además de aumentar el análisis crítico, el aprendizaje cognitivo y habilidades de razonamiento clínico (Chirema, 2007). Es una herramienta utilizada por la práctica reflexiva que conduce al autoconocimiento y aporta conciencia del proceso de enseñanza. En definitiva, es una herramienta de aprendizaje en la educación de adultos para el desarrollo de la reflexión y el pensamiento crítico, que se califica en general como de útil y significativa para este fin (Al-Karasneh, 2014). Según Kennison (2012), para facilitar el proceso de aprendizaje y potenciar las habilidades y beneficios de realizar el diario en un entorno de aprendizaje de práctica clínica, es necesario llevarla a cabo mediante la planificación y una narrativa flexiva semiestructurada y guiada por el docente que facilite el proceso.

Antecedentes y situación actual

- Y para finalizar se contemplan los **mapas conceptuales** como actividades generadoras de aprendizaje significativo, debido a que tienen como objetivo representar relaciones entre conceptos aportando un significado mediante proposiciones (términos conceptuales unidos por palabras). Esta actividad fomenta la creatividad y tiene una finalidad explicativa para enseñar debido a que mejora la comprensión gracias al ser un instrumento de síntesis (González, 2012; Polanco, 2010). Por consiguiente, la utilización de mapas en los estudiantes favorece habilidades para desarrollar la metacognición (Fuenzalida, 2013).

Por último, entre los entornos de aprendizaje con mayor relación con el AA se encuentran:

- El **práctium (prácticas clínicas)** definido como un entorno de aprendizaje clínico (Vizcaya-Moreno, 2005, p. 24) es imprescindible en los estudios de Ciencias de la Salud y tiene un papel relevante en los planes docentes para la formación de los estudiantes. El prácticum (prácticas clínicas), es el aprendizaje en el ámbito profesional, por ejemplo, cuando el estudiante es guiado por un tutor/mentor durante su rotación en los centros hospitalarios o asistenciales. El prácticum mejora las habilidades de autoaprendizaje y entre ellas la autoevaluación (Aho *et al.*, 2015). Otros autores reconocen que los estudiantes de enfermería progresan cuando cubren las necesidades relacionadas con la seguridad, la pertenencia, la autoestima saludable y el aprendizaje. Consiguen las competencias profesionales cuando desarrollan el autoconcepto saludable, la atención centrada en el paciente y el AA (Kim y Park, 2011; Levett-Jones y Lathlean, 2009).

La realidad es que, a lo largo del desarrollo de las titulaciones relacionadas con el ámbito de la salud, un instrumento usualmente utilizado es la práctica clínica. Perrenoud (2004) afirman que la práctica clínica desarrolla conocimientos previamente situados y contextualizados que a su vez están conectados a las teorías académicas y a los conocimientos profesionales acumulados. Explica cómo se desarrollan las capacidades de aprendizaje del estudiante, por él mismo consigue observar, diagnosticar o transformar, llevándole a aprender. Uno de los motivos por los cuales se plantea como objetivo asumir estas competencias en el prácticum es para garantizar que los estudiantes tengan los conocimientos esenciales, habilidades y actitudes para introducirse en el ámbito laboral (Anema y McCoy, 2009).

- También es necesario destacar la utilización de **seminarios y de prácticas de laboratorio**, entornos de aprendizaje, en los que se trabaja en grupo mediano/pequeño. En los seminarios se ahonda en una temática a través de la interacción de los componentes del grupo y en las prácticas de laboratorio se muestra al estudiante como debe actuar en situaciones concretas para que adquieran habilidades básicas y procedimentales (De Miguel, 2005). En estos entornos de aprendizaje se desarrollan en su mayoría a través del estudio de casos y la simulación de baja fidelidad.

Avanzando en la construcción del marco conceptual de la investigación y después de haber explicado las metodologías docentes y su relación con el AA, es necesario mencionar los hallazgos en la literatura sobre la satisfacción de los estudiantes en referencia a estas mismas metodologías empleadas en la educación superior.

Antecedentes y situación actual

En los primeros tiempos de la implantación del proceso Bolonia se recogen dificultades e insatisfacción de los estudiantes al no aceptarlo. Más tarde, como el cambio fomenta entornos más propicios para el aprendizaje activo como es el caso de los seminarios (trabajo en grupo mediano/pequeño), es aquí donde sí se percibe una mejora en la satisfacción gracias al proceso, ya que los seminarios se valoran positivamente, en comparación con los métodos expositivos o lección magistral en grupos grandes (Lloret y Mir, 2008).

En términos generales se expone que los modelos de aprendizaje flexible contribuyen a aumentar la satisfacción de los estudiantes durante sus estudios, por ejemplo, la utilización del aprendizaje colaborativo debido a que facilitan el aprendizaje y a su vez aumenta esta satisfacción mencionada anteriormente (Walter, Rossi, Anastasi, Gray-Ganter y Tennent, 2016). Es más, Ponton, Carr y Wiggers (2014) apuntan a que el profesor es quien debe buscar actividades que faciliten el aprendizaje y ayuden al desarrollo y la satisfacción personal.

Otros ejemplos satisfactorios son de estudiantes que realizan ABP (González, Carbonero, Lara y Martín, 2014), en la participación del método de casos (Gil y Ibáñez, 2013); en simulación debido a que aumenta la autoconfianza (Alinier, Hunt, Gordon, y Harwood, 2006; Barrios, Masalán, y Cook, 2011; Bland *et al.*, 2011) y en la realización del portafolio que aporta aprendizaje reflexivo (Arnau *et al.*, 2008).

Para finalizar, también se encuentran estudios en que los estudiantes valoran positivamente el diario reflexivo. Se le atribuye la promoción del conocimiento ayudando a la integración de nuevas ideas, así como ayuda a entenderse mejor a uno mismo como aprendiz lo que conduce a optimizar las fortalezas del individuo y aflorar las necesidades de formación. A pesar de los beneficios se describen barreras para su ejecución como la falta de confianza y de libertad causando consecuencias negativas para los estudiantes, incluso se menciona que propicia estrés, ansiedad y también, por parte de algunos estudiantes, llega a ser considerado como una pérdida de tiempo. En definitiva, se evidencia la necesidad de mejorar en la familiaridad del instrumento, además de explicitar la confidencialidad y ajustar los criterios de evaluación del mismo (Fernández-Peña *et al.*, 2016; Langley y Brown, 2010).

Después de haber hecho un recorrido por las metodologías docentes, por los instrumentos y los entornos de aprendizaje que facilitan el desarrollo del conocimiento del estudiante en la educación superior bajo el prisma del AA, es necesario acabar de enmarcar los antecedentes haciendo mención al modo de evaluar el AA para contextualizar la investigación.

3.3 Herramientas para evaluar el Aprendizaje Autodirigido

El desarrollo teórico del AA va acompañado de la elaboración de instrumentos útiles para poder diagnosticar la situación en la que se encuentran los estudiantes, para conocer si existe o no disposición para el AA. Este conocimiento repercute en el análisis de cómo se desarrolla el aprendizaje en los estudiantes dando la oportunidad de incidir en él.

Destacan las siguientes herramientas para evaluar el AA, descritas en la literatura por los pensadores que han trabajado el concepto:

- *Self-Directed Learning Readiness Scale: SDLRS* de Guglielmino (1977) es una escala creada para conocer la disposición para el AA. Instrumento de 58 ítems que consta de 8 factores: Autoconcepto como aprendiz efectivo; Apertura a oportunidades de aprendizaje; Iniciativa e independencia en aprendizaje; Aceptación de responsabilidad en el propio aprendizaje; Amor por aprender; Creatividad; Capacidad para utilizar habilidades básicas de estudio y de resolución de problemas. Validada en población norte-americana (Canadá y USA) y con una alpha de Cronbach de 0,87.
- *Oddi Continuing Learning Inventory: OCLI* de Oddi (1986) creada para identificar al “estudiante continuamente autodirigido”. Instrumento de 24 ítems que consta de 3 factores: Trabajo independiente y capacidad de trabajar con otros; Habilidades de autorregulación; y Ansias de leer.

Validada a partir de enfermeras y educadores americanos con una alpha de Cronbach de 0,85.

- *Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education*: de Fisher, King y Tangué (2001). Instrumento de 40 ítems organizado en 3 factores con una alpha de Cronbach de 0,92.
- *The Personal Responsibility Orientation Self-Directed Learning Scale*: PRO-SDLS de Stockdale (2003). Instrumento de 25 ítems organizado en 4 factores: Iniciativa; Control; Motivación; y Autoeficacia, con una alpha de Cronbach de 0,91 en población universitaria.
- Auto-escala de evaluación del aprendizaje autodirigido: SRSSDL de Williamson (2007) y *The Garrison's Model of Self-Directed Learning Scale* de Abd-El-Fattah (2010). Instrumento de 26 ítems organizados en 3 factores: Autogestión; Motivación; y Automonitoreo, con una alpha de Cronbach de 0,82; 0,84 y 0,86 respectivamente, a partir de estudiantes universitarios de pedagogía de Egipto.

A través de estos ejemplos y de las aportaciones que incorpora el AA, se constata lo relevante del tema y la oportunidad que ofrece en la educación superior y en la formación a lo largo de la vida laboral de los graduados. Por consiguiente, los cimientos de esta investigación vienen dados por la aportación de Fisher *et al.* (2001) y posteriormente de Fasce, Pérez, Ortiz, Parra y Matus (2011) en las que a partir de la creación del instrumento de valoración de la disposición de AA se puede continuar la investigación y creando conocimiento en beneficio de los estudiantes.

Antecedentes y situación actual

Fisher *et al.*, (2001) con el objetivo de poder diagnosticar las necesidades de aprendizaje para proporcionar estrategias de enseñanza que mejoren la adaptación de los estudiantes de Enfermería, deciden crear una nueva escala alternativa a la SDLRS de Guglielmino (1977) para evaluar la disposición para el AA, y así es como se materializa la *Self-directed Learning Readiness Scale for Nursing Education* (SDLRSNE). Realizan una revisión de la literatura para generar el material necesario para desarrollar la técnica Delphi y posteriormente validan el instrumento resultante del proceso mediante una prueba piloto en el campo de la enfermería con estudiantes australianas. El resultado es una escala homogénea y válida, en la que los estudiantes que puntúen por encima de 150 son considerados con disposición para el AA. Este instrumento está dividido en 3 subescalas, la primera es la Autogestión, la segunda el Deseo de aprender y la tercera el Autocontrol, obtiene una alpha de Cronbach de 0,92.

Posteriormente Fasce *et al.* (2013), realiza la adaptación y validación cultural de la escala elaborada por Fisher *et al.* (2001) explicada anteriormente, de ello resulta un instrumento que engloba atributos, habilidades o aspectos motivacionales propios del aprendizaje autónomo con los que podemos evaluar la disposición para el Aprendizaje Autodirigido en lengua española. La escala es validada en estudiantes de medicina chilenos y distingue tres dimensiones dentro de la escala general. La primera dimensión es procedimental y comprende la *Planificación del aprendizaje*, la segunda dimensión es sobre aspectos actitudinales con las subescalas *Deseo de Aprender* y *Autoconfianza*, y la tercera dimensión es aquella que contempla aspectos cognitivos necesarios para la autonomía e incluye la escala de

Autogestión y de *Autoevaluación*. Según los autores, todas ellas tienen una relevancia significativa para el diagnóstico de los estudiantes de medicina y así potenciar estrategias pedagógicas favorables para conseguir mayor autonomía en ellos.

En este punto, el siguiente paso es contextualizar el estudio en la Universidad de Girona y adentrarse en la investigación hasta revelar las conclusiones a las que evoca el proceso sobre la percepción de los estudiantes sobre la disposición para el AA.

_____Segunda parte

El Aprendizaje Autodirigido en las
Ciencias de la Salud en la Universidad
de Girona

1. Los estudios de Grado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona

La historia de la Universidad de Girona (UdG) comienza en 1446 cuando se crea el llamado Estudio General por el rey Alfonso el Magnánimo, pero el inicio de la docencia no es hasta el 1572 en el edificio de *Les Àligues*. Hacia el 1717 la Universidad llega con un denotado prestigio que se ve truncado por su clausura debido al Decreto de Nueva Planta (Universidad de Girona, 2016a)

Con la llegada de la Segunda República en el siglo XX, la educación de nuevo está en auge con un gran número de profesores y centros, que se utilizan como herramienta de regeneración y difusión de las ideas democráticas y republicanas. Pero en el 1936 con el estallido de la Guerra Civil el panorama educativo vuelve a dar un giro y el mapa de las universidades queda dividido entre los dos bandos, franquista y republicano, pero al final quedan los estudios interrumpidos en este periodo. Es entonces cuando empieza el proceso de depuración por parte del régimen franquista, la represión y la censura; creando comisiones para este fin, como la Comisión A creada para depurar el personal universitario (Claret, 2006; De Pablo, 2007; Subirats, 2001).

Llegados los años setenta se crea el Colegio Universitario de Girona que depende de la Universidad Autónoma de Barcelona y la Escuela Politécnica Superior, que depende de la *Universitat Politècnica de Catalunya* (UPC). En el año 1991 se crea la nueva Universidad de Girona (UdG) con plena autonomía (Universidad de Girona, 2016b).

Durante estos años hasta la actualidad, los planes de estudios de las universidades han sufrido diversas modificaciones, pero ninguno de la magnitud del EEES. La adaptación de la Universidad a la normativa europea mediante el proceso Bolonia significa la adquisición del modelo basado en competencias en la formación de los estudiantes mediante las actividades docentes y la evaluación. Por ello, la UdG define dos tipos de competencias: las transversales y las específicas. Las primeras son aquellas que resultan aplicables a cualquier campo de conocimiento que se debe esperar de cualquier titulación de la UdG y son aprobadas por el Consejo de Gobierno del 5 de junio del 2008 (Universidad de Girona, 2016b).

Las competencias transversales de la UdG son las siguientes:

1. Utilizar la lengua inglesa.
2. Recoger y seleccionar información de manera eficaz.
3. Utilizar tecnologías de la información y la comunicación.
4. Trabajar en equipo.
5. Comunicarse oralmente y por escrito.
6. Evaluar la sostenibilidad de las propuestas y actuaciones propias.
7. Analizar las implicaciones éticas de las actuaciones profesionales.
8. Diseñar propuestas creativas.
9. Leer, comprender y comentar textos científicos.
10. Analizar situaciones complejas y diseñar estrategias para resolverlas.
11. Evaluar la actividad propia y el aprendizaje propio, y elaborar estrategias para mejorarlos.
12. Analizar las características socioculturales del ámbito disciplinario y personal propio para tenerlas en cuenta de manera constructiva.
13. Situar los conocimientos propios en el marco epistemológico e histórico, eludiendo su fragmentación.

14. Identificar puestos de trabajo en función de las posibilidades que ofrece el mercado - local y global - y de las competencias propias.

La Universidad de Girona con la implementación del aprendizaje basado en competencias apuesta por un enriquecimiento de las metodologías docentes, un aumento en el seguimiento del estudiante y un abanico de técnicas para evaluar las competencias, de esta manera pretende desarrollar la autonomía y el aprendizaje significativo que se logra con este tipo de aprendizaje. Por consiguiente, se suman las competencias transversales definidas anteriormente más las competencias específicas de cada estudio de Grado para desarrollar y reestructurar completamente los estudios universitarios y organizarlos mediante créditos ECTS.

Para enmarcar la investigación que se presenta en esta Tesis Doctoral se hace a continuación una breve descripción estructural de los estudios de Ciencias de la Salud impartidos en la UdG y así poder disponer de una visión global del contexto. Los estudios de Grado que se estudian en esta investigación son: Grado de Enfermería, Grado de Fisioterapia, Grado de Medicina y Grado de Psicología.

En la actualidad los estudios de **Grado en Enfermería** en Girona son impartidos por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Girona desde el año 2009. Después de una larga trayectoria como Escuela Universitaria, el centro se transforma en Facultad en 2010 después de valorarse su idoneidad como tal (estudios de Grado, Máster, número de Doctores e investigación del profesorado), donde el inicio del título de Grado en Enfermería tiene un valor relevante. En 2009 comienzan los estudios de Grado con 240 créditos ECTS

estructurados en 60 créditos por curso académico en un total de 4 años (Véase Anexo 1 y 2) (Universidad de Girona, 2016c).

El **Grado en Fisioterapia** es impartido por la *Escola Universitària de la Salut i l'Esport* (EUSES), centro adscrito a la Universidad de Girona desde el año 2002. Como en el caso de Enfermería, esta Escuela Universitaria formaba a sus estudiantes en diplomados en Fisioterapia hasta la entrada en vigor del proceso Bolonia. El plan de estudios que ofrece este grado es también de 240 créditos ECTS repartidos en 4 cursos y en 60 ECTS por año (véase Anexo 1 y 2) (Escola Universitària de la Salut i l'Esport, 2016).

El **Grado en Medicina** impartido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Girona que se crea en el año 2008, con el inicio en el año 2009 del primer curso académico de dicho grado. El plan de estudios que ofrece este grado es de 360 créditos ECTS repartidos en 6 cursos y en 60 ECTS por año. Con anterioridad la Universidad de Girona no ofertaba dichos estudios (Véase Anexo 1 y 2) (Universidad de Girona, 2016d).

El **Grado en Psicología** impartido en la Facultad de Educación y Psicología de la Universidad de Girona desde el año 2009 proviene ya de esta Facultad, pero con anterioridad los estudiantes optaban al título de Licenciados en Psicología desde el 1993. El plan de estudios que ofrece este grado es también de 240 créditos ECTS repartidos en 4 cursos y en 60 ECTS por año (véase Anexo 1 y 2) (Universidad de Girona, 2016e).

Los módulos en los que se estructuran los cursos de los cuatro estudios de grado son: formación básica, obligatoria, optativa, prácticas externas y trabajo fin de grado. Si se desea ampliar la información sobre la estructura de los cursos y las competencias de cada estudio véase el Anexo 1. Las metodologías y actividades docentes utilizadas en los estudios de Ciencias de Salud de la UdG son las siguientes: clase magistral, aprendizaje basado en problemas (ABP), exposición de los estudiantes, lectura y comentario de textos, clases prácticas, análisis y estudio de casos y simulaciones.

2. Justificación de la investigación sobre el Aprendizaje Autodirigido

Para finalizar y a modo de justificación después de haber expuesto los argumentos recogidos en la literatura científica, el motivo de esta investigación es demostrar que el modelo de aprendizaje basado en competencia fomentado por el EEES desarrolla la práctica reflexiva y el pensamiento crítico mediante las metodologías docentes, que a su vez fomentan el Aprendizaje Autodirigido que llevará a los estudiantes de educación superior a crear una identidad profesional y les ayudará a contribuir a una práctica basada en la evidencia que perdurará a lo largo de su vida personal y profesional. Para ello y como objetivo de esta Tesis Doctoral el primer paso es encontrar esta relación, y por tanto conocer el grado de disposición para el Aprendizaje Autodirigido de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona, su relación con las metodologías docentes que ya utilizan durante sus estudios de Grado y la satisfacción que les genera.

Hipótesis y objetivos

3. Hipótesis y objetivos

3.1 Hipótesis

Los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona perciben tener una disposición para el *Aprendizaje Autodirigido*.

Justificación: debido a la implantación de la normativa del EEES, los estudios de Grado de la Universidad de Girona tienen una estructura docente basada en competencias. Esta educación basada en competencias fomenta el aprendizaje autónomo que es la base del Aprendizaje Autodirigido.

Las metodologías docentes utilizadas en los Grados de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona favorecen la disposición para el *Aprendizaje Autodirigido*.

Justificación: las metodologías docentes más activas son el conjunto de herramientas mediante las cuales los estudios de Grado favorecen un aprendizaje que proporciona beneficios en la vertiente académica como la responsabilidad en la planificación, elaboración y evaluación del aprendizaje, y en la vertiente personal como la mejora de la autoestima consiguiendo un mayor compromiso académico y el buen manejo del tiempo, entre otros aspectos. Características fundamentales para inculcar habilidades útiles y perdurables durante la vida laboral.

3.2 Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es identificar el grado de *Aprendizaje Autodirigido* percibido de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

Al mismo tiempo se plantean cuatro objetivos secundarios:

- ✓ Describir las diferencias en el grado de *Aprendizaje Autodirigido* en función del curso académico de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.
- ✓ Identificar diferencias en el grado de *Aprendizaje Autodirigido* percibido de los estudiantes en función de la titulación de grado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.
- ✓ Determinar las metodologías docentes que favorecen el *Aprendizaje Autodirigido* según la percepción de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.
- ✓ Identificar el grado de satisfacción en la utilización de las metodologías docentes y su relación con el *Aprendizaje Autodirigido*.

Metodología

4. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal desde marzo de 2015 a noviembre de 2015.

4.2 Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en cuatro centros pertenecientes a la Universidad de Girona que imparten los estudios de grado en Enfermería (Facultad de Enfermería), en Fisioterapia (*Escola Universitària de la Salut i l'Esport*), en Medicina (Facultad de Medicina) y en Psicología (Facultad de Educación y Psicología).

Las Facultades donde se realizan los estudios de Enfermería, Medicina y Psicología pertenecen a la UdG y se sitúan en la ciudad de Girona y la *Escola Universitària de la Salut i l'Esport (EUSES)* donde se imparten los estudios de Fisioterapia, centro adscrito a la Universidad de Girona se sitúa en el municipio de Salt.

4.3 Población de estudio

Estudiantes de Grado en Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Psicología de la Universidad de Girona. Los estudiantes matriculados en los Grados de Enfermería, Fisioterapia y Medicina en el curso 2014-15 y los estudiantes del Grado de Psicología en el curso 2015-16 forman un total de 1.699 matriculados.

4.4 Criterios de inclusión:

Se incluyeron a todos los estudiantes que cursaban los estudios de grado en Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Psicología.

4.5 Criterios de exclusión:

Aquellos estudiantes que estaban participando en programas de movilidad en el extranjero y de ámbito nacional fuera de la Universidad de Girona en el momento de la recogida de datos.

4.6 Muestra:

Se calculó la muestra a partir de los 1.699 matriculados en los cuatro estudios de grado con un nivel de confianza del 95% y con un error de muestreo del 5%, se obtuvo que era necesario reclutar a 314 estudiantes para llevar a cabo la investigación.

4.7 Variables a estudiar

• Variables sociodemográficas

- **Edad:** en número de años naturales (cuantitativa continua).
- **Sexo:** hombre o mujer (cualitativa nominal).
- **Vía de acceso a la universidad:** prueba de acceso a la universidad (PAU), mayores de 25 años, mayores de 45 años, ciclos formativos de grado superior (CFGS), otra universidad y otras vías de acceso especial.
- **Estudios de Grado en curso:** Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Psicología (cualitativa ordinal).
- **Curso:** curso del estudio, primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto (cualitativa ordinal).

• **Variable de Aprendizaje Autodirigido** definido como capacidad para autorregular el aprendizaje, favoreciendo los resultados académicos y las capacidades de continuar aprendiendo fuera del ámbito formal y codificada por número natural resultante de la Escala de Fisher, King y Tague validada por Fasce *et al.* (2011) a su vez está formada por 5 subescalas comprendidas dentro de la escala general (cuantitativa discreta):

- **Planificación del aprendizaje** (capacidades del sujeto para organizar y regular sus tiempos y actividades de aprendizaje).
- **Deseo de aprender** (afán del sujeto por aprender nuevos contenidos y su capacidad para disfrutar el proceso).
- **Autoconfianza** (características positivas que el sujeto se atribuye a sí mismo como aprendiz).
- **Autogestión** (la disposición del sujeto a asumir la responsabilidad por sus decisiones y tomar éstas de manera reflexiva y crítica).
- **Autoevaluación** (la capacidad del sujeto para analizar críticamente su desempeño de acuerdo a criterios definidos por el mismo).

Cada subescala es puntuada con el grado de identificación que representa (1 = muy en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = indeciso; 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo).

- **Variables relacionadas con la metodología docente:** metodologías para planificar y diseñar el proceso de enseñanza-aprendizaje (se decide preguntar por los métodos, las actividades/instrumentos docentes y los entornos de aprendizaje bajo el paraguas de las metodologías docentes para no desviar la atención de los estudiantes).

➤ **Metodologías utilizadas durante el Grado:** clases magistrales, estudio de casos, ABP, aprendizaje basado en proyectos, simulación, portafolio, diario reflexivo, mapas conceptuales, prácticum, prácticas de laboratorio, seminarios y otros. Codificación respuesta dicotómica: sí (utilizada) y no (no utilizada) (cualitativa nominal).

➤ **Metodología docente que aporta más autoaprendizaje durante el Grado.** Codificada como clase magistral, estudio de casos, ABP, aprendizaje basado en proyectos, simulación, portafolio, diario reflexivo, mapas conceptuales, prácticum, prácticas de laboratorio, seminarios y otros. Codificación de respuesta según el grado de importancia abarca de 1 a 12 puntos (1 más importante – 12 menos importante) (cualitativa ordinal).

➤ **Satisfacción en la utilización de cada tipo de metodología docente durante el Grado.** Codificación mediante escala tipo Likert de 1 a 5 puntos (1 nada satisfecho - 5 muy satisfecho) (cualitativa ordinal).

4.8 Instrumentos

Los instrumentos para la recogida de datos se organizan en un cuestionario. Se elaboró en un cuaderno auto administrado que contenía dos partes que correspondían a los dos instrumentos que se describen a continuación.

La primera parte del cuestionario corresponde al primer instrumento de elaboración propia formada por ítems revisados en la literatura y representados en un cuestionario ad hoc con las variables sociodemográficas y las relacionadas con el curso que realizan. Además, se recogieron datos sobre metodologías docentes utilizadas en los estudios de Grado y aquellas que supuestamente según evidencia científica aportan más autoaprendizaje. También se incluye el grado de satisfacción en participar en dichas metodologías. La utilización de las metodologías durante el curso, el aporte de autoaprendizaje de éstas y la satisfacción que generan según la percepción del estudiante y su experiencia con la utilización o no de las metodologías durante sus estudios de Grado hasta el momento de cumplimentar el cuestionario (Anexo 3).

En la segunda parte del cuestionario se encuentra el segundo instrumento correspondiente a la Escala de Fisher, King y Tague validada y adaptada a la lengua española por Fasce *et al.* (2011). Posee 38 ítems que presentan atributos, habilidades o aspectos motivacionales característicos en aprendices autónomos. Se conforman los ítems según el orden de mayor a menor coeficiente de configuración constituyendo las cinco subescalas integradas en tres dimensiones (Anexo 3).

Metodología

La primera dimensión *procedimental* comprende la *Planificación del aprendizaje* (capacidades del sujeto para organizar y regular sus tiempos y actividades de aprendizaje) consta de los ítems 1, 2, 4, 6, 13, 25, 26, 28, 30 y 38.

La segunda dimensión de *aspectos actitudinales* que integra las subescalas: *Deseo de Aprender* (afán del sujeto por aprender nuevos contenidos y su capacidad para disfrutar el proceso) comprende los ítems 8, 20, 21, 22, 23 y 24; *Autoconfianza* (características positivas que el sujeto se atribuye a sí mismo como aprendiz) que comprende los ítems 5, 10, 15, 16, 17, 19, 34, 35 y 37.

La tercera y última dimensión de *aspectos cognitivos para la autonomía* consta de las subescalas: *Autogestión* (la disposición del sujeto a asumir la responsabilidad por sus decisiones y tomar éstas de manera reflexiva y crítica) comprende los ítems 3, 7, 9, 11, 12, 27, 29, 33 y 36; *Autoevaluación* (la capacidad del sujeto para analizar críticamente su desempeño de acuerdo a criterios definidos por el mismo) comprende los ítems 14, 18, 31 y 32.

Para obtener el resultado del instrumento se debe hacer un sumatorio del total de las respuestas obtenidas de cada ítem para saber la puntuación total de la Escala, dando el resultado de la Escala General entre la puntuación máxima: 189 y puntuación mínima: 69. En el caso de las dimensiones para poder interpretarlas se realiza un sumatorio de los ítems de cada subescala. Se describe como:

- *Planificación del aprendizaje* entre la puntuación máxima: 50 y puntuación mínima: 22
- *Deseo de Aprender* entre la puntuación máxima: 30 y puntuación mínima: 8

- *Autoconfianza* entre la puntuación máxima: 45 y puntuación mínima: 14
- *Autogestión* entre la puntuación máxima: 45 y puntuación mínima: 13
- *Autoevaluación* entre la puntuación máxima: 20 y puntuación mínima: 8

La Escala de Fisher, King y Tague (2001) validada por Fasce *et al.* (2011) posee una consistencia interna con una alpha de Cronbach=0.89 y un test-retest: de $r=0.68$ después de comparar los resultados en dos aplicaciones de la escala en un intervalo de seis meses en una población de estudiantes de medicina chilenos. Se considera a partir de la Escala original de Fisher, King y Tague (2001) que hay disposición para el AA con un valor igual o superior a 150 en la puntuación total de la escala.

4.9 Procedimiento

Una vez elaborado el proyecto con el diseño del instrumento de recogida de datos se prosiguió a solicitar permiso mediante carta al Rector de la Universidad de Girona, Vicerrector de Personal, Vicerrector de Estudiantes, Vicerrector de Política Académica y Docencia y al Vicerrector de Personal Docente e Investigador (Anexo 4).

Posteriormente se informó y solicitó a los decanos y coordinadores de estudios de las tres facultades (Enfermería, Medicina y Psicología) y al director de la escuela universitaria (Fisioterapia de EUSES) el consentimiento para poder realizar el trabajo de campo. Se les mostró el proyecto y el cuestionario facilitando una explicación de los mismos (Anexo 4).

De abril de 2015 a octubre de ese mismo año se realizó la recogida de datos, visitando cada facultad/escuela universitaria para la distribución y recogida del cuestionario. Desde coordinación de estudios de las titulaciones se facilitaron y

Metodología

coordinaron los horarios para poder acceder a los estudiantes. Se visitaron en las aulas a los estudiantes de cada curso académico de las titulaciones de Enfermería, Medicina y Psicología. En la Escuela Universitaria que imparte la titulación de Fisioterapia se les facilitaron los cuestionarios y la coordinación del centro, fue quien se encargó de administrar los cuestionarios a los estudiantes. Se realizó, a los participantes, una explicación del trabajo de investigación, sus objetivos y la finalidad de éste, posteriormente se solicitó la participación voluntaria y se procedió a la administración del cuestionario.

4.10 Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos

Se realizó una solicitud por carta a los participantes del estudio, para la difusión de la información adquirida, con los agradecimientos posteriores por su colaboración. Se dio a conocer que no existía ninguna repercusión en la decisión de su participación o no en el estudio (Anexo 5). De la misma manera se informó que podían abandonarlo en cualquier momento del mismo. Se mantuvo el anonimato de las personas de las cuales se recogió la información. Cada participante se identificó con un número, una vez recogidos los datos no se relacionó en ningún momento participante - número. Se aseguró en todo momento la protección de datos. La investigadora se comprometió a mantener la confidencialidad con el tratamiento de los datos durante la realización del estudio, garantizando el estricto cumplimiento de la Ley 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de datos personales.

La investigadora realizó una explicación detallada a los participantes del proceso y la finalidad del estudio en el momento de administrar el cuestionario.

4.11 Análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Windows® versión 23.

Para las variables independientes se realizó un análisis descriptivo univariante obteniendo los estadísticos descriptivos de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartil, percentiles 25 y 75), para las variables numéricas, con intervalo de confianza para la media de 95%. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes.

Además, se realizó un análisis bivariante de las variables. Para relacionar variables categóricas se utilizó la Chi-cuadrado de Pearson o Test de Fisher mientras que, para las variables numéricas, si los datos se distribuían según una ley normal, se utilizó la prueba t de Student para comparar la media entre dos grupos independientes y la prueba ANOVA para más de dos grupos. Para la comparación de dos grupos relacionados, se utilizó la prueba t de Student para los datos aparejados o la ANOVA para medias repetidas siguiendo la ley normal. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos con un p-valor < 0.05 con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de datos aportados de los cuestionarios administrados a los estudiantes, según el orden en que se plantean las hipótesis y objetivos del trabajo de investigación.

5.1 Características de la muestra

El total de los estudiantes que cursaron los estudios de Grado de Ciencias de la Salud en la Universidad de Girona fue de 1.699 matriculados, participaron en la investigación 1.190 estudiantes, de los cuales 866 completaron el cuestionario en su totalidad y 324 lo contestó de manera parcial, la tasa de respuesta fue de 72,77% (n=1.190).

El 75% de los participantes fueron mujeres y el 25% restante hombres. Tan solo en Fisioterapia hubo paridad entre los participantes, en el resto de grados la mujer representó dos tercios de la muestra (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución del sexo de los estudiantes en función del estudio de grado.

Estudio	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
Enfermería	63 (15,6%)	340 (84,4%)	403 (100%)
Fisioterapia	77 (50,3%)	76 (49,7%)	153 (100%)
Medicina	114 (29,2%)	276 (70,8%)	390 (100%)
Psicología	43 (17,6%)	201 (82,4%)	244 (100%)
Total	297 (25%)	893 (75%)	1190 (100%)

Resultados

La media de edad de los participantes del estudio fue de 21,75 años (DE=4,603) comprendida entre los 17 y los 77 años y la mediana fue de 21 años. El percentil 25 se situó en los 19 años y el percentil 75 en los 23 años de edad de los estudiantes.

Mayoritariamente el acceso a la Universidad fue a través de la PAU con un 72,8%, seguida de los CFGS con un 15% como se observa en la Tabla 5. El acceso por PAU tuvo mayor porcentaje en el Grado de Medicina con un 87,60% y respecto al acceso por CFGS fue Enfermería quien obtuvo un porcentaje más elevado comparándola con los demás grados con un 25,10%. Por Vía especial, Fisioterapia obtuvo un porcentaje mayor de estudiantes con un 29%.

Tabla 5: Distribución de la vía de acceso en función del estudio de grado.

Estudio	PAU n (%)	Mayor 45 n (%)	Vía especial n (%)	Mayor 25 n (%)	CFGS n (%)	Otras n (%)	Total n (%)
Enfermería	273 (68,40%)	2 (0,50%)	8 (2%)	8 (2%)	100 (25,10%)	8 (2%)	391 (100%)
Fisioterapia	52 (39,70%)	2 (1,50%)	38 (29%)	1 (0,80%)	13 (9,90%)	25 (19,10%)	131 (100%)
Medicina	338 (87,60%)	1 (0,30%)	11 (2,80%)	6 (1,60%)	24 (6,20%)	6 (1,60%)	380 (100%)
Psicología	182 (74,60%)	3 (1,20%)	4 (1,60%)	5 (2,00%)	37 (15,20%)	13 (5,30%)	244 (100%)
Total	845 (72,80%)	8 (0,70%)	61 (5,60%)	20 (1,70%)	174 (15%)	52 (4,50%)	1160 (100%)

La distribución por estudio de grado y año en curso es la expuesta en la Tabla 6. Se observa como Enfermería y Medicina fueron los grados con mayor participación en el estudio, siendo Fisioterapia con un 12,9% el grado con menor representación. Se destaca la participación de los estudiantes de primer curso con un 35% y tercer curso con un 22,2% respectivamente. Se debe tener presente que los cursos cuarto y quinto pertenecen exclusivamente a la titulación de Medicina ya que es un grado que se imparte en 6 cursos académicos.

Tabla 6: Distribución de los participantes por curso en función del estudio de grado.

Estudio	1° n (%)	2° n (%)	3° n (%)	4° n (%)	5° n (%)	6° n (%)	Total n (%)
Enfermería	129 (32%)	92 (22,85%)	90 (22,30%)	92 (22,85%)	-	-	403 (100%)
Fisioterapia	123 (80,40%)	5 (3,35%)	24 (15,70%)	1 (0,75%)	-	-	153 (100%)
Medicina	80 (20,60%)	47 (12,15%)	67 (17,20%)	75 (19,30%)	66 (17%)	54 (13,90%)	389 (100%)
Psicología	84 (34,40%)	61 (25%)	59 (24,20%)	40 (16,40%)	-	-	244 (100%)
Total	416 (35%)	205 (17,20%)	240 (20,20%)	208 (17,50%)	66 (5,60%)	54 (4,50%)	1189 (100%)

5.2 Grado de Aprendizaje Autodirigido percibido por los estudiantes de los Grados de Ciencias de la Salud

En respuesta al objetivo principal: *Identificar el grado de Aprendizaje Autodirigido percibido de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.*

El resultado obtenido del cuestionario sobre el grado de disposición para el AA según la percepción de los estudiantes que han participado en esta investigación obtuvo una media de 143,65 (DE=11,76). Según las escalas que forman el cuestionario se observaron los siguientes resultados: la *Escala Planificación del Aprendizaje* alcanzó una puntuación $\bar{x}=33,2$ (DE=3,66); la *Escala Deseo de Aprender* consiguió una $\bar{x}=24,48$ (DE=3,06); la *Escala Autogestión* registró una $\bar{x}=36,66$ (DE=3,51); la *Escala Autoconfianza* obtuvo una $\bar{x}=34,20$ (DE=4,34) y para finalizar la *Escala Autoevaluación* logró una $\bar{x}=14,99$ (DE=2,189).

A continuación, se desgrena, además de la puntuación de la *Escala General* del cuestionario, las cinco escalas mencionadas anteriormente que integran el cuestionario en función del sexo.

Existieron diferencias significativas en función del sexo en la puntuación de la *Escala General* del cuestionario de manera que las mujeres registraron una puntuación ligeramente superior a los hombres; destacando estas sutiles diferencias en la *Escala de Deseo de Aprender* además de *Escala de Autogestión* y *Escala de Autoevaluación* (Tabla 7).

Tabla 7: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y sus diferentes escalas en función del sexo.

Aprendizaje Autodirigido	Sexo	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General (valor entre 69-187)	Hombre	230	142,21 (13,96)	0,03 (-2,17)
	Mujer	636	144,17 (10,82)	
	Total	866	143,65 (11,76)	
Escala Planificación Aprendizaje (valor entre 22-50)	Hombre	267	32,97 (4,14)	0,2 (-1,27)
	Mujer	735	33,31 (3,48)	
	Total	1002	33,22 (3,67)	
Escala Deseo Aprender (valor entre 8-30)	Hombre	280	24,01 (3,49)	0,003 (-2,97)
	Mujer	831	24,64 (2,9)	
	Total	1111	24,48 (3,07)	
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	Hombre	259	34,24 (4,88)	0,85 (0,19)
	Mujer	753	34,18 (4,15)	
	Total	1012	34,20 (4,34)	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	Hombre	277	36,16 (4,24)	0,01 (-2,73)
	Mujer	817	36,82 (3,21)	
	Total	1094	36,66 (3,51)	
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	Hombre	285	14,7 (2,34)	0,01 (-2,57)
	Mujer	835	15,09 (2,13)	
	Total	1120	14,99 (2,19)	

Resultados

Cuando se relacionó la distribución de los participantes en función del sexo y el hecho de tener disposición o no para el AA, recordando que para poder afirmar tener disposición para el AA, la media de puntuación del cuestionario general debía ser superior a 150, se observó que no existen diferencias significativas según el sexo y la disposición al autoaprendizaje (Tabla 8).

Tabla 8: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y el sexo.

Sexo	Disposición para el autoaprendizaje		Total	p (χ^2)
	No n (%)	Sí n (%)		
Hombres	183 (79,6%)	47 (20,4%)	230 (100%)	0,13 (2,34)
Mujeres	474 (74,5%)	162 (25,5%)	636 (100%)	
Total	657 (75,9%)	209 (24,1%)	866 (100%)	

Al relacionar la edad y el AA, se constató que no existen diferencias significativas según la de edad de los estudiantes y la disposición para el autoaprendizaje que estos perciben (Tabla 9).

Tabla 9: Medias y desviaciones típicas de edad según la disposición para el autoaprendizaje.

Disposición para el autoaprendizaje		p (t de Student)
No Media (DE)	Sí Media (DE)	
21,55 (3,41)	21,67 (3,92)	0,68 (-0,42)

Pero sí se percibió una correlación significativa débil y positiva entre la edad y el *Deseo de Aprender* (a más edad, más deseo de aprender y viceversa; $p=0,01$) y la *Escala de Autoevaluación* (a más edad, más autoevaluación y viceversa; $p=0,01$).

También se detectó una correlación significativa débil y positiva entre el curso y la *Escala General* (si se incrementa el curso se detecta una mayor puntuación y viceversa; $p=0,04$), hecho que también sucedió en la *Escala de Autoconfianza* (a curso más elevado más autoconfianza y viceversa; $p=0,01$).

En el análisis de la distribución de los participantes según la vía de acceso que ofrece la Universidad para ingresar en ella y realizar la titulación deseada, relacionada con tener disposición o no para el AA según la percepción de los estudiantes, se observó que no existe relación con este hecho y por lo tanto no hubo diferencias estadísticamente significativas como se observa en la Tabla 10.

Tabla 10: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y la vía de acceso a la Universidad.

Acceso Universidad	Disposición para el autoaprendizaje		Total	p (χ^2)
	No n (%)	Sí n (%)		
PAU	475 (75%)	158 (25%)	633 (100%)	0,25 (1,3)
Mayor 45	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	
Vía especial	32 (72,7%)	12 (27,3%)	44 (100%)	
Mayor 25	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100%)	
CFGS	96 (79,3%)	25 (20,7%)	121 (100%)	
Otros	29 (85,3%)	5 (14,7%)	34 (100%)	
Total	640 (75,6%)	207 (24,4%)	847 (100%)	

5.3 Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y el curso académico

En respuesta al primer objetivo secundario: Describir las diferencias en el grado de Aprendizaje Autodirigido en función del curso académico de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

Cuando se analizó la relación entre los cursos de las titulaciones y las puntuaciones obtenidas a partir de las escalas que miden la percepción para la disposición para el AA, se observó que no se detectaron diferencias significativas en el análisis de la variancia en la Escala General ni en las diferentes subescalas en función del curso. Tan solo se intuyó un ligero ascenso en la puntuación de las escalas de primero a cuarto en todos los grados a excepción de la Escala Planificación que se puede afirmar que prácticamente se mantiene la puntuación en el transcurso de la titulación (Tabla 11).

Tabla 11: Análisis de la varianza en la puntuación de la Escala General, subescalas, y el estudio actual.

Aprendizaje Autodirigido	Curso	N	Media (DE)	p (Fisher)
Escala General (valor entre 69-187)	Primero	273	142,81 (11,26)	0,31 (1,19)
	Segundo	142	142,87 (15,84)	
	Tercero	196	144,21 (9,93)	
	Cuarto	150	143,69 (11,5)	
	Quinto	58	146,24 (8,06)	
	Sexto	46	145,04 (11,72)	
	Total	865	143,64 (11,76)	
Escala Planificación Aprendizaje (valor entre 22-50)	Primero	335	33,22 (3,61)	0,9 (0,31)
	Segundo	166	33,27 (3,87)	
	Tercero	219	33,03 (3,42)	
	Cuarto	168	33,19 (3,88)	
	Quinto	63	33,6 (3,65)	
	Sexto	50	33,48 (3,83)	
	Total	1001	33,22 (3,67)	
Escala Deseo Aprender (valor entre 8-30)	Primero	367	24,13 (3,04)	0,1 (1,85)
	Segundo	202	24,5 (3,45)	
	Tercero	228	24,77 (2,98)	
	Cuarto	195	24,65 (3,01)	
	Quinto	65	24,94 (2,32)	
	Sexto	53	24,25 (2,94)	
	Total	1110	24,47 (3,07)	

Resultados

Continuación de **Tabla 11**: Análisis de la varianza en la puntuación de la Escala General, subescalas, y el estudio actual.

Aprendizaje Autodirigido	Curso	N	Media (DE)	p (Fisher)
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	Primero	332	33,7 (4,23)	0,08 (1,99)
	Segundo	167	34,28 (4,88)	
	Tercero	226	34,5 (4,26)	
	Cuarto	170	34,12 (4,2)	
	Quinto	63	35,11 (3,29)	
	Sexto	53	34,96 (4,89)	
	Total	1011	34,2 (4,34)	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	Primero	373	36,52 (3,54)	0,55 (0,8)
	Segundo	188	36,4 (4,13)	
	Tercero	224	36,68 (4,23)	
	Cuarto	192	36,89 (3,43)	
	Quinto	65	37,18 (2,55)	
	Sexto	51	36,88 (3,43)	
	Total	1093	36,65 (3,51)	
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	Primero	378	14,86 (2,24)	0,51 (0,85)
	Segundo	194	15,15 (2,43)	
	Tercero	230	14,89 (2,1)	
	Cuarto	199	15,1 (2,11)	
	Quinto	64	15,23 (1,71)	
	Sexto	54	15 (2,13)	
	Total	1119	14,99 (2,19)	

Tampoco se detectaron diferencias al analizar si se tiene disposición o no para el autoaprendizaje en función del curso, teniendo en cuenta que se afirma tener disposición para el autoaprendizaje con una puntuación superior a 150 de la *Escala General*, pudiendo distinguir así si el estudiante percibe tener disposición o no (Tabla 12).

Tabla 12: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y el curso.

Cursos	Disposición para el autoaprendizaje		Total	p (χ^2)
	No n (%)	Sí n (%)		
Primero	209 (76,6%)	64 (23,4%)	273 (100%)	0,94 (1,27)
Segundo	107 (75,4%)	35 (24,6%)	142 (100%)	
Tercero	149 (76%)	47 (24%)	196 (100%)	
Cuarto	116 (77,3%)	34 (22,7%)	150 (100%)	
Quinto	44 (75,9%)	14 (24,1%)	58 (100%)	
Sexto	32 (69,6%)	14 (30,4%)	46 (100%)	
Total	657 (76%)	208 (24%)	865 (100%)	

5.4 Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y las titulaciones de grado

En respuesta al segundo objetivo secundario: Identificar diferencias en el grado de Aprendizaje Autodirigido percibido de los estudiantes en función de la titulación de grado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

En el análisis de la variancia en la puntuación de la *Escala General* y las subescalas con las titulaciones de grado se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todas ellas excepto en la *Escala de Planificación del Aprendizaje*. Fisioterapia está relacionada con los demás grados siendo ésta la que obtuvo menor puntuación en la *Escala General* del cuestionario, de esta manera hay una relación entre Fisioterapia y Enfermería, Fisioterapia y Medicina, y Fisioterapia y Psicología. La media más alta en la puntuación de la *Escala General* fue para Enfermería con 145,08 (DE=14,13) y la más baja fue para Fisioterapia con 138,95 (DE=10,8). Se pueden observar en la Tabla 13 las puntuaciones medias de las escalas según la titulación comparándolas entre grados donde Enfermería es el grupo 1, Fisioterapia es el grupo 2, Medicina es el grupo 3 y Psicología es el grupo 4; y observar cuales son más elevadas.

Tabla 13: Análisis de la varianza de la Escala General y subescalas con los estudios.

Aprendizaje Autodirigido	Estudio	N	Media (DE)	p (Fisher)	Post-Hoc Scheffé
Escala General (valor entre 69-187)	Enfermería (1)	259	145,08 (14,13)	<0,0005 (7,43)	2-1: F=-6,13 p<0,0005 2-3: F=-5,32 p=0,001 2-4:F=-4,33 p=0,025
	Fisioterapia (2)	106	138,95 (10,8)		
	Medicina (3)	312	144,28 (10,16)		
	Psicología (4)	189	143,29 (10,50)		
	Total	866	143,65 (11,76)		
Escala Planificación aprendizaje (valor entre 22-50)	Enfermería	308	33,21 (4,05)	0,40 (0,98)	
	Fisioterapia	130	32,82 (3,31)		
	Medicina	353	33,44 (3,66)		
	Psicología	211	33,11 (3,28)		
	Total	1002	33,22 (3,67)		
Escala Deseo Aprender (valor entre 8-30)	Enfermería	380	24,90 (3,11)	<0,0005 (8,52)	2-1: F=-1,56 p<0,000 2-3: F=-1,09 p=0,006 2-4: F=-,113 p=0,009
	Fisioterapia	129	23,34 (3,11)		
	Medicina	373	24,44 (2,96)		
	Psicología	229	24,48 (3,01)		
	Total	1111	24,48 (3,07)		
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	Enfermería	306	34,49 (4,47)	<0,0005 (10,34)	2-1: F=-2,27 p<0,000 2-3: F=-2,29 p=0,000 2-4: F=-2,20 p=0,000
	Fisioterapia	127	32,22 (4,43)		
	Medicina	358	34,51 (4,13)		
	Psicología	221	34,42 (4,18)		
	Total	1012	34,20 (4,34)		
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	Enfermería	371	37,12 (3,76)	<0,0005 (6,34)	2-1: F=-1,48 p<0,001 2-3: -1,071* p=0,027
	Fisioterapia	134	35,63 (3,63)		
	Medicina	366	36,70 (3,28)		
	Psicología	223	36,42 (3,25)		
	Total	1094	36,66 (3,51)		
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	Enfermería	378	15,32 (2,34)	<0,0005 (7,23)	2-1: F=-0,91 p<0,000 2-4: F=-0,68 p=0,035 3-1: F=-0,50 p=0,017
	Fisioterapia	140	14,41 (2,03)		
	Medicina	370	14,81 (2,12)		
	Psicología	232	15,09 (2,05)		
	Total	1120	14,99 (2,19)		

Resultados

Existe relación entre los estudios y la disposición para el autoaprendizaje percibida por los estudiantes de manera que en el grado de Fisioterapia la proporción de estudiantes que manifestaron no tener disposición para el autoaprendizaje es más elevada que en las demás titulaciones, con un 87,7%, dato que concuerda con la información de las medias comentadas anteriormente (Tabla 14).

Tabla 14: Distribución de los participantes en función de la disposición para el autoaprendizaje y los estudios.

Estudio	Disposición para el autoaprendizaje		Total	p (χ^2)
	No n (%)	Sí n (%)		
Enfermería	189 (73%)	70 (27%)	259 (100%)	0,02 (9,64)
Fisioterapia	93 (87,7%)	13 (12,3%)	106 (100%)	
Medicina	233 (74,7%)	79 (25,3%)	312 (100%)	
Psicología	142 (75,1%)	47 (24,9%)	189 (100%)	
Total	657 (75,9%)	209 (24,1%)	866 (100%)	

El análisis de la varianza entre la puntuación de la *Escala General* y las subescalas con los diferentes estudios de Grado y los cursos académicos de cada uno de ellos no mostraron relaciones significativas a excepción de Fisioterapia en la *Escala General* y en la *Escala Deseo de aprender* que sí mostraron relación (véase Tabla 16).

Se observó que Enfermería alcanzó la puntuación más alta en todos los cursos en comparación al resto de grados. Medicina tuvo más puntuación media en *Escala Planificación* (33,43) seguida de Psicología (33,11). También se observó que Enfermería registró de media más puntuación en *Deseo de aprender*,

destacando la puntuación del cuarto curso (25,34). Por otro lado, es Medicina quien consiguió más puntuación en Autoconfianza en especial en los últimos cursos. Para finalizar la escala de *Autogestión* en Enfermería puntuó más seguida de Medicina y Psicología.

Para poder visualizar estos resultados, en primer lugar, se presenta el Grado de Medicina debido a la estructura en seis cursos académicos en la Tabla 15 y en segundo lugar se representa en la Tabla 16 el resto de grados estudiados.

Tabla 15: Distribución de los participantes del grado de Medicina según puntuación de las escalas y el curso académico.

Aprendizaje Autodirigido/ Curso		Medicina			
		N	Media	DE	p (Fisher)
Escala General (valor entre 66-187)	primero	54	145,18	8,97	0,15 (1,61)
	segundo	40	141,17	12,76	
	tercero	54	144,46	9,23	
	cuarto	59	142,71	10,34	
	quinto	58	146,24	8,05	
	sexto	46	145,04	11,72	
	Total	311	144,25	10,16	
Escala Planificación del Aprendizaje (valor entre 22-50)	primero	68	33,76	3,52	0,88 (0,34)
	segundo	43	32,97	3,18	
	tercero	60	33,15	3,63	
	cuarto	68	33,47	4,06	
	quinto	63	33,6	3,64	
	sexto	50	33,48	3,83	
	Total	352	33,43	3,66	
Escala Deseo de Aprender (valor entre 8-30)	primero	76	24,59	3,11	0,2 (1,45)
	segundo	47	24,1	2,97	
	tercero	61	24,8	2,95	
	cuarto	70	23,78	3,21	
	quinto	65	24,93	2,32	
	sexto	53	24,24	2,94	
	Total	372	24,42	2,95	

Resultados

Continuación de **Tabla 15**: Distribución de los participantes del grado de Medicina según puntuación de las escalas y el curso académico.

Aprendizaje Autodirigido/ Curso		Medicina			
		N	Media	DE	p (Fisher)
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	primero	70	34,01	4,15	0,28 (1,25)
	segundo	43	33,48	4,59	
	tercero	62	34,91	3,9	
	cuarto	66	34,37	4,03	
	quinto	63	35,11	3,28	
	sexto	53	34,96	4,89	
	Total	357	34,5	4,13	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	primero	74	36,52	3,72	0,47 (0,91)
	segundo	45	36,04	3,34	
	tercero	62	37,01	2,8	
	cuarto	68	36,44	3,63	
	quinto	65	37,18	2,54	
	sexto	51	36,88	3,43	
	Total	365	36,7	3,28	
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	primero	73	14,63	2,34	0,34 (1,13)
	segundo	46	14,91	2,49	
	tercero	62	14,45	1,94	
	cuarto	70	14,68	2,06	
	quinto	64	15,23	1,7	
	sexto	54	15	2,12	
	Total	369	14,8	2,11	

Tabla 16: Distribución de los participantes de los Grados según puntuación de las escalas y el curso académico.

Aprendizaje Autodirigido	Curso	Enfermería			Fisioterapia			Psicología		
		N	Media (DE)	p (Fisher)	N	Media (DE)	p (Fisher)	N	Media (DE)	p (Fisher)
Escala General (valor entre 69-187)	primero	83	145,43 (11,24)	0,8 (0,33)	81	137,69 (10,24)	<0,006 (4,40)	55	144,05 (12,47)	0,92 (0,16)
	segundo	49	143,3 (22,35)		4	153 (11,74)		49	142,97 (9,22)	
	tercero	73	145,27 (10,16)		20	142,1 (10,34)		49	143,22 (10,22)	
	cuarto	54	145,88 (13,4)		1	122 (.)		36	142,61 (9,49)	
	Total	259	145,08 (14,13)		106	138,95 (10,79)		189	143,28 (10,49)	
Escala Planificación del Aprendizaje (valor entre 22-50)	primero	99	33,17 (4,34)	0,97 (0,68)	103	32,8 (3,22)	0,64 (0,55)	65	33,4 (2,98)	0,22 (1,46)
	segundo	66	33,13 (4,79)		4	33,75 (2,75)		53	33,62 (3,16)	
	tercero	82	33,37 (3,04)		22	32,9 (3,81)		55	32,41 (3,54)	
	cuarto	61	33,11 (3,94)		1	29 (.)		38	32,92 (3,45)	
	Total	308	33,2 (4,04)		130	32,82 (3,3)		211	33,11 (3,28)	
Escala Deseo de Aprender (valor entre 8-30)	primero	117	24,68 (2,81)	0,29 (1,25)	100	23,04 (2,99)	0,02 (3,30)	74	24,25 (3,05)	0,79 (0,34)
	segundo	91	24,57 (3,87)		5	25,8 (2,86)		59	24,57 (3,17)	
	tercero	86	25,1 (2,94)		23	24,34 (3,21)		58	24,41 (2,98)	
	cuarto	86	25,34 (2,69)		1	18 (.)		38	24,84 (2,77)	
	Total	380	24,9 (3,1)		129	23,34 (3,11)		229	24,47 (3,01)	
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	primero	94	34,32 (3,75)	0,77 (0,37)	98	32,12 (4,08)	0,36 (1,06)	70	34,75 (4,57)	0,39 (0,99)
	segundo	64	34,95 (5,91)		5	35,4 (5,77)		55	34 (3,51)	
	tercero	84	34,55 (4,06)		23	32,08 (5,47)		57	34,91 (4,17)	
	cuarto	64	34,18 (4,34)		1	29 (.)		39	33,69 (4,29)	
	Total	306	34,49 (4,47)		127	32,22 (4,42)		221	34,42 (4,17)	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	primero	119	37,28 (3,29)	0,39 (1,00)	106	35,45 (3,44)	0,468 (0,85)	74	36,82 (3,54)	0,48 (0,82)
	segundo	83	36,85 (5,12)		5	37,4 (3,64)		55	35,92 (2,89)	
	tercero	85	36,68 (3,01)		22	36,22 (4,46)		55	36,47 (3,48)	
	cuarto	84	37,57 (3,44)		1	33 (.)		39	36,28 (2,8)	
	Total	371	37,11 (3,75)		134	35,63 (3,63)		223	36,42 (3,25)	

Resultados

Continuación de **Tabla 16**: Distribución de los participantes de los Grados según puntuación de las escalas y el curso académico.

Aprendizaje Autodirigido	Curso	Enfermería			Fisioterapia			Psicología		
		N	Media (DE)	p (Fisher)	N	Media (DE)	p (Fisher)	N	Media (DE)	p (Fisher)
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	primero	121	15,18 (2,44)	0,6 (0,61)	110	14,44 (1,91)	0,51 (0,76)	74	15,16 (2,11)	0,75 (0,39)
	segundo	82	15,3 (2,67)		5	15,4 (3,04)		61	15,11 (1,99)	
	tercero	87	15,22 (1,94)		24	14,08 (2,35)		57	15,19 (2,23)	
	cuarto	88	15,6 (2,22)		1	13 (.)		40	14,77 (1,74)	
	Total	378	15,31 (2,33)		140	14,4 (2,03)		232	15,09 (2,04)	

5.5 Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y las metodologías docentes

En respuesta al tercer objetivo secundario: Determinar las metodologías docentes que favorecen el Aprendizaje Autodirigido según la percepción de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

Según la percepción de los estudiantes en la participación de las metodologías durante los estudios de Grado, entendiendo que cada titulación utiliza las metodologías según su diseño y el de las asignaturas que las integran. Además, para clarificar los resultados se presentan en el siguiente orden: si son métodos docentes, actividades docentes o entornos de aprendizaje.

Por tanto, en el análisis según la afirmación por parte de los estudiantes de realizar diferentes **métodos docentes** y la disposición para el AA según su percepción, se observó que en algunos casos sí hay diferencias estadísticamente significativas según la metodología utilizada y la puntuación de la Escala General o bien en sus diversas escalas.

Resultados

En el caso de afirmar realizar las *clases magistrales* (método expositivo) no mostró relación significativa con la puntuación obtenida del cuestionario ni sus respectivas escalas (Tabla 17).

Tabla 17: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y subescalas, en función de si realizan clases magistrales.

Aprendizaje Autodirigido	Clases magistrales	N	Media (DE)	P (t de Student)
Escala General	Sí	761	143,65 (11,75)	0,36 (-0,91)
	No	77	144,92 (11,06)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	880	33,16 (3,7)	0,14 (-1,46)
	No	88	33,76 (3,45)	
Escala Deseo Aprender	Sí	971	24,51 (3,09)	0,68 (0,41)
	No	100	24,38 (2,89)	
Escala Autoconfianza	Sí	884	34,16 (4,36)	0,44 (-0,77)
	No	89	34,53 (4,05)	
Escala Autogestión	Sí	958	36,65 (3,52)	0,61 (-0,51)
	No	97	36,85 (3,18)	
Escala Autoevaluación	Sí	978	14,96 (2,22)	0,2 (-1,28)
	No	100	15,25 (2)	

Pero sí las hubo en los estudiantes que utilizan el *estudio de casos*, estos estudiantes alcanzaron puntuaciones más altas en *Escala General*, *Escala Planificación* y *Escala Deseo de Aprender* (Tabla 18).

Tabla 18: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan estudio de casos.

Aprendizaje Autodirigido	Estudio de casos	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Si	491	144,45 (10,46)	0,05 (1,99)
	No	346	142,82 (13,2)	
Escala Planificación Aprendizaje	Si	560	33,42 (3,57)	0,05 (1,97)
	No	407	32,95 (3,79)	
Escala Deseo Aprender	Si	611	24,68 (3,03)	0,03 (2,23)
	No	458	24,26 (3,12)	
Escala Autoconfianza	Si	569	34,4 (4,29)	0,07 (1,79)
	No	403	33,9 (4,37)	
Escala Autogestión	Si	601	36,81 (3,29)	0,14 (1,47)
	No	452	36,49 (3,73)	
Escala Autoevaluación	Si	617	14,97 (2,18)	0,84 (-0,2)
	No	459	15 (2,23)	

Resultados

De igual manera se observó que los participantes que sí afirman realizar *ABP* durante sus estudios de grado, tuvieron puntuaciones más altas la *Escala General*, *Escala Deseo de Aprender*, *Escala Autoconfianza* y *Escala Autogestión* (Tabla 19).

Tabla 19: Comparación de las puntuaciones de la Escala General y subescalas, en función de si realizan *ABP*.

Aprendizaje Autodirigido	ABP	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	726	144,46 (11,61)	<0,0005 (4,45)
	No	112	139,24 (11,22)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	835	33,28 (3,73)	0,18 (1,34)
	No	133	32,82 (3,27)	
Escala Deseo Aprender	Sí	935	24,63 (3,06)	<0,0005 (3,57)
	No	137	23,64 (3)	
Escala Autoconfianza	Sí	843	34,47 (4,28)	<0,0005 (4,98)
	No	131	32,47 (4,26)	
Escala Autogestión	Sí	914	36,86 (3,47)	<0,0005 (4,38)
	No	142	35,49 (3,4)	
Escala Autoevaluación	Sí	930	15,04 (2,19)	0,051 (1,95)
	No	149	14,66 (2,19)	

En cambio, los estudiantes que expresaron llevar a cabo el *aprendizaje basado en proyectos* no mostraron relación significativa con la puntuación obtenida del cuestionario ni sus respectivas escalas (Tabla 20).

Tabla 20: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan aprendizaje basado en proyectos.

Aprendizaje Autodirigido	Aprendizaje basado en proyectos	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	164	143,49 (15,32)	0,72 (-0,36)
	No	670	143,86 (0,65)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	185	32,86 (4,01)	0,13 (-1,52)
	No	779	33,32 (3,58)	
Escala Deseo Aprender	Sí	205	24,57 (3,7)	0,75 (0,32)
	No	861	24,49 (2,91)	
Escala Autoconfianza	Sí	190	34,17 (5,07)	0,96 (-0,05)
	No	778	34,19 (4,14)	
Escala Autogestión	Sí	200	36,59 (4,28)	0,68 (-0,41)
	No	850	36,7 (3,28)	
Escala Autoevaluación	Sí	207	14,93 (2,39)	0,71 (-0,38)
	No	866	15 (2,15)	

Resultados

Los resultados en relación a las **actividades docentes** son los siguientes:

Los estudiantes que expresaron realizar *simulación* consiguieron puntuaciones más altas en la *Escala General*, *Escala Deseo de Aprender*, *Escala Autogestión* y *Escala Autoevaluación* como se puede observar en la Tabla 21.

Tabla 21: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan simulación.

Aprendizaje Autodirigido	Simulación	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General (valor entre 69-187)	Sí	399	144,77 (10,56)	0,02 (2,36)
	No	438	142,87 (12,58)	
Escala Planificación Aprendizaje (valor entre 22-50)	Sí	451	33,29 (3,63)	0,61 (0,51)
	No	516	33,17 (3,71)	
Escala Deseo Aprender (valor entre 8-30)	Sí	504	24,89 (2,91)	<0,0005 (3,96)
	No	565	24,15 (3,17)	
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	Sí	452	34,43 (4,09)	0,12 (1,56)
	No	520	33,99 (4,52)	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	Sí	495	37 (3,13)	0,003 (2,95)
	No	558	36,38 (3,76)	
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	Sí	509	15,15 (2,04)	0,02 (2,38)
	No	567	14,83 (2,32)	

En el caso de los estudiantes que afirmaron realizar *portafolios* como actividad docente en sus estudios de grado, mostraron puntuaciones más altas en escala *Deseo de Aprender*, *Escala Autogestión* y *Escala Autoevaluación* (Tabla 22).

Tabla 22: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan portafolios.

Aprendizaje Autodirigido	Portafolio	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	394	144,55 (12,88)	0,07 (1,84)
	No	444	143,07 (10,48)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	451	33,21 (3,83)	0,93 (-0,08)
	No	517	33,23 (3,54)	
Escala Deseo Aprender	Sí	523	24,86 (3,11)	<0,0005 (3,75)
	No	548	24,16 (2,99)	
Escala Autoconfianza	Sí	449	34,38 (4,29)	0,2 (1,27)
	No	524	34,03 (4,35)	
Escala Autogestión	Sí	510	36,96 (3,53)	0,01 (2,61)
	No	545	36,4 (4,23)	
Escala Autoevaluación	Sí	523	15,26 (2,19)	<0,0005 (4)
	No	555	14,72 (2,17)	

Resultados

También se reflejó en los resultados como los estudiantes que afirmaron realizar *diario reflexivo* llegaron a puntuaciones más altas en *Escala Deseo de Aprender*, *Escala Autogestión* y *Escala Autoevaluación* (Tabla 23).

Tabla 23: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan diario reflexivo.

Aprendizaje Autodirigido	Diario reflexivo	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	284	144,88 (13,75)	0,052 (1,99)
	No	554	143,19 (10,44)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	323	33,17 (3,9)	0,79 (-0,26)
	No	645	33,24 (3,56)	
Escala Deseo Aprender	Sí	370	25 (3,11)	<0,0005 (3,87)
	No	700	24,24 (3,02)	
Escala Autoconfianza	Sí	325	34,51 (4,49)	0,1 (1,63)
	No	648	34,03 (4,24)	
Escala Autogestión	Sí	364	37,05 (3,79)	0,01 (2,55)
	No	690	36,47 (3,31)	
Escala Autoevaluación	Sí	369	15,31 (2,28)	<0,0005 (3,51)
	No	708	14,81 (2,14)	

Al mismo tiempo se observó cómo los estudiantes que afirmaron realizar *mapas conceptuales* durante la titulación, obtuvieron puntuaciones más altas en la *Escala General, Escala Deseo de Aprender, Autoconfianza y Autogestión* (véase Tabla 24).

Tabla 24: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan mapas conceptuales.

Aprendizaje Autodirigido	Mapas conceptuales	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	210	145,27 (10,37)	0,03 (2,15)
	No	627	143,28 (12,06)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	232	33,52 (3,79)	0,16 (1,42)
	No	735	33,13 (3,63)	
Escala Deseo Aprender	Sí	251	24,84 (2,91)	0,05 (1,97)
	No	819	24,40 (3,11)	
Escala Autoconfianza	Sí	234	34,72 (3,76)	0,03 (2,14)
	No	738	34,03 (4,48)	
Escala Autogestión	Sí	248	37,25 (3,15)	0,003 (2,96)
	No	805	36,5 (3,57)	
Escala Autoevaluación	Sí	256	15,20 (2,15)	0,07 (1,79)
	No	820	14,92 (2,21)	

Resultados

Los resultados obtenidos en relación a los **entornos de aprendizaje** fueron los siguientes:

Se reflejó en los resultados del estudio como el aprendizaje durante el *prácticum* no mostraron relación significativa con la puntuación obtenida del cuestionario ni sus respectivas escalas según la percepción de los estudiantes (Tabla 25).

Tabla 25: Comparación de las puntuaciones del cuestionario y subescalas, en función de si realizan prácticum.

Aprendizaje Autodirigido	Prácticum	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General	Sí	164	143,49 (15,32)	0,72 (-0,36)
	No	670	143,86 (10,65)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	185	32,86 (4,01)	0,13 (0,85)
	No	779	33,32 (3,58)	
Escala Deseo Aprender	Sí	205	24,57 (3,7)	0,78 (0,27)
	No	861	24,49 (2,91)	
Escala Autoconfianza	Sí	190	34,17 (5,07)	0,96 (-0,05)
	No	778	34,19 (4,14)	
Escala Autogestión	Sí	200	36,59 (4,28)	0,68 (-0,41)
	No	850	36,7 (3,28)	
Escala Autoevaluación	Sí	207	14,93 (2,39)	0,71 (-0,38)
	No	866	15 (2,15)	

Donde sí se descubrió una relación significativa es en aquellos estudiantes que afirmaron realizar los *seminarios* y puntuaron más alto en *Escala General*, *Escala Deseo de Aprender*, *Escala Autoconfianza*, *Escala Autogestión* y *Escala Autoevaluación* (Tabla 26).

Tabla 26: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan seminarios.

Aprendizaje Autodirigido	Seminarios	N	Media (DE)	P (t de Student)
Escala General	Sí	671	144,48 (11,76)	<0,0005 (3,6)
	No	167	140,87 (10,95)	
Escala Planificación Aprendizaje	Sí	770	33,25 (3,79)	0,56 (0,58)
	No	198	33,08 (3,17)	
Escala Deseo Aprender	Sí	863	24,68 (3,01)	<0,0005 (3,98)
	No	208	23,75 (3,19)	
Escala Autoconfianza	Sí	776	34,48 (4,27)	<0,0005 (4,18)
	No	197	33,05 (4,39)	
Escala Autogestión	Sí	844	36,83 (3,51)	0,004 (2,89)
	No	211	36,05 (3,33)	
Escala Autoevaluación	Sí	860	15,05 (2,21)	0,03 (2,11)
	No	218	14,7 (2,13)	

Resultados

También se detectó una relación significativa entre la afirmación de participar en *prácticas de laboratorio* y la percepción del AA, ya que se mostraron puntuaciones más altas en la puntuación de la *Escala General del cuestionario*, *la Escala Deseo Aprender* y *Escala Autogestión* (Tabla 27).

Tabla 27: Comparación de la Escala General y subescalas, en función de si realizan prácticas de laboratorio.

Aprendizaje Autodirigido	Prácticas laboratorio	N	Media (DE)	p (t de Student)
Escala General (valor entre 69-187)	Sí	490	144,59 (12,35)	0,01 (2,43)
	No	348	142,6 (10,6)	
Escala Planificación Aprendizaje (valor entre 22-50)	Sí	559	33,31 (3,8)	0,34 (0,95)
	No	409	33,09 (3,49)	
Escala Deseo Aprender (valor entre 8-30)	Sí	634	24,68 (3,14)	0,02 (2,26)
	No	436	24,25 (2,95)	
Escala Autoconfianza (valor entre 14-45)	Sí	563	34,41 (4,42)	0,07 (1,83)
	No	410	33,9 (4,19)	
Escala Autogestión (valor entre 13-45)	Sí	623	36,93 (3,64)	0,004 (2,9)
	No	431	36,3 (3,23)	
Escala Autoevaluación (valor entre 8-20)	Sí	630	15,07 (2,25)	0,12 (1,55)
	No	447	14,86 (2,11)	

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de las variables metodológicas (métodos, instrumentos y entornos de aprendizaje) y la disposición o no para el AA.

No se detectaron diferencias significativas en la puntuación de la *Escala General* del cuestionario ni en sus escalas entre aquellos estudiantes que afirmaron participar en otras metodologías y los que no.

Cuando se analizó la **disposición para el autoaprendizaje** en función de las variables metodológicas que los estudiantes afirman realizar, se observó que existe relación entre las siguientes metodologías, recordando que se afirma tener disposición para el AA cuando se obtiene una puntuación a partir de 150 puntos.

En relación al *ABP* se detectó que un porcentaje más elevado de estudiantes que no tienen disposición para el autoaprendizaje no usan esta metodología. (Tabla 28).

Tabla 28. Distribución de los participantes según si realizan ABP o no y su disposición al autoaprendizaje.

Realiza		Disposición para el autoaprendizaje			P (χ^2)
		No n (%)	Sí n (%)	Total	
ABP	Sí	539 (74,2%)	187 (25,8%)	726 (100%)	0,004 (8,11)
	No	97 (86,6%)	15 (13,4%)	112 (100%)	
	Total	636 (75,9%)	202 (24,1%)	838 (100%)	

Resultados

En relación a la afirmación de realización de *seminarios* se observó una proporción más elevada de estudiantes que no tienen disposición para el autoaprendizaje entre los que no participan en dicha modalidad (Tabla 29).

Tabla 29. Distribución de los participantes según si realizan los seminarios o no y su disposición para el autoaprendizaje.

Realiza		Disposición para el autoaprendizaje			p (χ^2)
		No n (%)	Sí n (%)	Total	
Seminarios	Sí	497 (74,1%)	174 (25,9%)	671 (100%)	0,01 (6,14)
	No	139 (83,2%)	28 (16,8%)	167 (100%)	
	Total	636 (75,9%)	202 (24,1%)	838 (100%)	

En relación a las *prácticas de laboratorio* se observó una proporción más elevada de estudiantes que no tienen disposición para el autoaprendizaje entre los que no afirmaron realizar dicha modalidad. (Tabla 30).

Tabla 30. Distribución de los participantes según si realizan prácticas de laboratorio o no y su disposición para el autoaprendizaje.

Realiza		Disposición para el autoaprendizaje			p (χ^2)
		No n (%)	Sí n (%)	Total	
Prácticas de laboratorio	Sí	355 (72,4%)	135 (27,6%)	490 (100%)	0,01 (7,66)
	No	281 (80,7%)	67 (19,3%)	348 (100%)	
	Total	636 (75,9%)	202 (24,1%)	838 (100%)	

No se detectaron diferencias significativas en el resto de variables relacionadas con las metodológicas docentes y la disposición para el autoaprendizaje (Tabla 31).

Tabla 31. Distribución de los participantes según si realizan las variables relacionadas con las metodologías docentes o no y su disposición para el autoaprendizaje.

Realiza			Disposición para el autoaprendizaje			p (χ^2)
			No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)	
Métodos	Clases magistrales	Sí	582 (76,50%)	179 (23,50%)	761 (100%)	0,21 (1,54)
		No	54 (70,10%)	23 (29,90%)	77 (100%)	
		Total	636 (75,90%)	202 (24,10%)	838 (100%)	
	Estudio de casos	Sí	367 (74,70%)	124 (25,30%)	491 (100%)	0,37 (0,81)
		No	268 (77,50%)	78 (22,50%)	346 (100%)	
		Total	635 (75,90%)	202 (24,10%)	837 (100%)	
	Aprendizaje basado en proyectos	Sí	124 (75,60%)	40 (24,40%)	164 (100%)	0,95 (0,004)
		No	509 (75,90%)	162 (24,10%)	671 (100%)	
		Total	633 (75,80%)	202 (24,20%)	835 (100%)	

Resultados

Continuación de **Tabla 31**. Distribución de los participantes según si realizan las variables relacionadas con las metodologías docentes o no y su disposición para el autoaprendizaje.

Realiza		Disposición para el autoaprendizaje			p (χ^2)	
		No n (%)	Sí n (%)	Total n (%)		
Actividades / Instrumentos	Simulación	Sí	294 (73,70%)	105 (26,30%)	399 (100%)	0,16 (1,98)
		No	341 (77,90%)	97 (22,10%)	438 (100%)	
		Total	635 (75,90%)	202 (24,10%)	837 (100%)	
	Portafolio	Sí	290 (76,60%)	98 (22,10%)	394 (100%)	0,14 (2,13)
		No	346 (77,90%)	98 (22,10%)	444 (100%)	
		Total	636 (75,90%)	202 (24,10%)	838 (100%)	
	Diario reflexivo	Sí	209 (73,60%)	75 (26,40%)	284 (100%)	0,26 (1,25)
		No	427 (77,10%)	127 (22,90%)	554 (100%)	
		Total	636 (75,90%)	202 (24,10%)	838 (100%)	
	Mapas conceptuales	Sí	149 (71%)	61 (29%)	210 (100%)	0,05 (3,7)
		No	486 (77,5%)	141 (22,5%)	627 (100%)	
		Total	635 (75,9%)	202 (24,1%)	837 (100%)	
Entornos de aprendizaje	Prácticum	Sí	410 (76,6%)	125 (23,4%)	535 (100%)	0,5 (0,44)
		No	226 (74,6%)	77 (25,4%)	303 (100%)	
		Total	636 (75,9%)	202 (24,1%)	838 (100%)	

Dentro de las variables metodológicas las más valoradas por parte de los estudiantes atribuyéndolas con mayor aportación para el AA fueron el *Prácticum* y el *ABP*. Se invitaba a los estudiantes que puntuasen del 1 al 12 la metodología que creían que les aportaba más AA, donde el 1 era la posición con mayor aportación para tener disposición para el AA y el 12 era posición con menor aportación a este fin. El *Prácticum* lo sitúan en la posición 3,03 de media y el *ABP* en la posición 3,42 de media, siendo las dos posiciones mejor puntuadas en la valoración de los estudiantes. Los *mapas conceptuales* y el *diario reflexivo* fueron los instrumentos que según los estudiantes aportan menos AA (Tabla 32).

Tabla 32: Descripción de las variables relacionadas con las metodológicas (métodos, actividades/instrumentos y entornos) según la posición de mayor a menor importancia según la percepción de los estudiantes.

Variables relacionadas con las metodológicas docentes		N	Media (DE)
Métodos	Magistrales	849	4,34 (2,89)
	Estudio de casos	614	4,53 (2,59)
	ABP	830	3,42 (2,66)
	Aprendizaje basado en Proyectos	430	5,63 (2,86)
Actividades /Instrumentos	Simulación	602	5,71 (2,86)
	Portafolios	564	7,30 (2,80)
	Diario reflexivo	507	7,86 (2,48)
	Mapas conceptuales	448	7,76 (2,64)
Entornos de aprendizaje	Prácticum	704	3,03 (2,62)
	Seminarios	791	5,07 (2,57)
	Prácticas laboratorio	683	5,18 (2,89)
	Otras	213	10,43 (3,30)

Resultados

Cuando se analizó la relación entre la disposición para el aprendizaje (sí/no) y la puntuación en importancia en las variables metodológicas docentes muestra relación en los seminarios. Los estudiantes que NO tenían disposición para el autoaprendizaje mostraron una puntuación más alta en importancia, por tanto, otorgaron menos importancia a los seminarios, que los que SÍ (Tabla 33).

Tabla 33: Relación de las variables relacionadas con las metodologías (métodos, instrumentos y entornos) según la disposición o no para el AA.

Variables relacionadas con las metodológicas docentes		Disposición para el autoaprendizaje	N	Media (DE)	p (t de Student)
Métodos	Clases Magistrales	No	507	2,49 (2,85)	0,13 (-1,52)
		Sí	145	4,73 (3,19)	
	Estudio de casos	No	375	4,42 (2,48)	0,36 (-0,92)
		Sí	113	4,67 (2,77)	
	ABP	No	496	3,27 (2,58)	0,18 (1,35)
		Sí	146	2,95 (2,3)	
	Aprendizaje basado en proyectos	No	275	5,5 (2,88)	0,79 (0,27)
		Sí	77	5,4 (2,89)	
Actividades / Instrumentos	Simulación	No	364	5,87 (2,86)	0,37 (0,89)
		Sí	113	5,59 (2,89)	
	Portafolios	No	345	7,42 (2,82)	0,6 (0,53)
		Sí	94	7,24 (2,93)	
	Mapas conceptuales	No	285	7,81 (2,64)	0,83 (-0,2)
		Sí	78	7,88 (2,59)	

Continuación de **Tabla 33**: Relación de las variables relacionadas con las metodologías (métodos, instrumentos y entornos) según la disposición o no para el AA.

Variables relacionadas con las metodológicas docentes		Disposición para el autoaprendizaje	N	Media (DE)	p (t de Student)
Entornos de aprendizaje	Prácticum	No	423	3,1 (2,58)	0,52 (-0,65)
		Sí	116	3,28 (2,81)	
	Seminarios	No	479	5,25 (2,64)	0,001 (3,5)
		Sí	141	4,46 (2,25)	
	Prácticas de laboratorio	No	407	5,46 (2,87)	0,06 (1,87)
		Sí	125	4,91 (2,85)	
	Otros	No	139	10,91 (2,8)	0,01 (2,91)
		Sí	36	8,69 (4,34)	

5.6 Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y la satisfacción de las metodologías docentes

En respuesta al cuarto objetivo secundario: Identificar el grado de satisfacción en la utilización de las metodologías docentes y su relación con el Aprendizaje Autodirigido.

En el análisis de la satisfacción percibida por los estudiantes de manera general a lo largo de sus estudios de grado se observó que la prueba t de Student para comparar la disposición para el autoaprendizaje y la puntuación en satisfacción mostró relación en todas las variables relacionadas con las metodologías docentes excepto: diario reflexivo, portafolios y otros. De manera que los estudiantes que SÍ tenían disposición para el autoaprendizaje puntuaban más alto en satisfacción en cada una de las variables metodológicas (Tabla 34).

Tabla 34: Comparación de las puntuaciones de satisfacción a cada variable relacionadas con las metodologías docente en función de la disposición para el autoaprendizaje o no.

Variables relacionadas con las metodológicas docentes		Disposición para el autoaprendizaje	N	Media (DE)	p (t de Student)
Métodos	Clases magistrales	No	616	3,9 (0,8)	0,03 (-2,18)
		Sí	198	4,04 (0,83)	
	Estudio de casos	No	415	3,85 (0,94)	0,04 (-2,06)
		Sí	138	4,04 (0,98)	
	ABP	No	611	3,81 (0,95)	<0,0005 (-3,59)
		Sí	200	4,09 (1)	
	Aprendizaje basado en proyectos	No	280	3,29 (1,06)	0,04 (-2,06)
		Sí	89	3,56 (1,11)	
Actividades / Instrumentos	Simulación	No	405	3,69 (1,15)	0,001 (-3,47)
		Sí	133	4,08 (1,07)	
	Portafolios	No	393	2,99 (1,09)	0,1 (-1,66)
		Sí	130	3,18 (1,2)	
	Diario reflexivo	No	348	2,77 (1,07)	0,08 (-1,76)
		Sí	111	2,98 (1,14)	
	Mapas conceptuales	No	300	3,05 (1,12)	0,02 (-2,29)
		Sí	97	3,35 (1,19)	
Entornos de aprendizaje	Prácticum	No	480	4,32(0,93)	0,04 (-2,06)
		Sí	142	4,51 (0,95)	
	Seminario	No	580	3,74 (0,94)	<0,0005 (-3,87)
		Sí	187	4,04 (0,93)	
	Prácticas de laboratorio	No	475	3,74 (1,11)	0,001 (-3,47)
		Sí	169	4,05 (0,98)	
Otros	No	38	2,84 (1,53)	0,25 (-1,17)	
	Sí	17	3,35 (1,41)		

Resultados

Tras finalizar el análisis de los resultados obtenidos a partir del cuestionario administrado a los estudiantes, se pueden recoger diversas aportaciones interesantes como por ejemplo que la mayoría de nuestros estudiantes fueron mujeres y accedieron a los estudios universitarios a través de la prueba de acceso a la Universidad (PAU), pero también hubo un porcentaje considerable que accedieron por ciclos formativos. También se observó como el colectivo más numeroso es el enfermero seguido del médico del total de la muestra estudiada. Cuando se indagó en la percepción que tenían los estudiantes sobre la disposición para el AA y cuáles fueron los resultados de las puntuaciones de las escalas se apreció que en el conjunto de la población estudiada no percibió tener un grado elevado de disposición para el Aprendizaje Autodirigido. A pesar de ello si se considera el rango de puntuación de la escala que oscila entre 131,89 y 155,41, sí hay estudiantes que percibieron tener disposición para el AA.

Dentro de esta percepción y en la búsqueda de relaciones con las metodologías docentes y la satisfacción que les genera a los estudiantes, se detectó que existían relaciones entre la escala y las subescalas con algunas metodologías docentes como por ejemplo el *ABP*, *el estudio de casos* y *la simulación*, entre otros. Además de evidenciar que la satisfacción va ligada al uso de metodologías que fomentan el aprendizaje autónomo por una parte y el trabajo grupal por otra. Todas estas y más apreciaciones se han visto reflejadas en los resultados del trabajo de investigación presentado y a continuación se pasará a discutir dichas aportaciones.

Discusión

6. Discusión

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se desarrolla la discusión por el orden de los objetivos planteados, partiendo del objetivo principal que es identificar el grado de Aprendizaje Autodirigido percibido por los estudiantes de Grado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona.

Se hace palpable la relación entre el AA y el transcurso de los estudios de los distintos grados contextualizados en el proceso de enseñanza–aprendizaje, de esta manera se evidencian las relaciones entre el autoaprendizaje con las metodologías docentes involucradas en los planes de estudio, tanto en el uso de los métodos, actividades y entornos de aprendizaje como en la satisfacción que les aporta su utilización a los estudiantes.

6.1. Hallazgos y evidencias en referencia al Aprendizaje Autodirigido en las Ciencias de la Salud

En los Grados de Ciencias de la Salud de Girona, las percepciones de los estudiantes del grado de AA poseen una media levemente inferior a la presentada por Fisher *et al.* (2001) que partía de una puntuación de 150 para afirmar la existencia de disposición para el AA. A pesar que resultados de estudios anteriores (Fasce *et al.*, 2013; Fuenzalidas *et al.*, 2013; Márquez *et al.*, 2014; y Spormann *et al.*, 2015) muestran una puntuación levemente superior a la media establecida, la interpretación de la *disposición para el AA* es considerada como un nivel alto. Al mismo tiempo los resultados de la presente

Discusión

investigación en la escala *Planificación del Aprendizaje* representa una puntuación inferior en comparación con el resto de autores, concretamente 5 puntos inferior con la investigación de Fasce *et al.* (2013); las escalas *Deseo de aprender*, *Autoconfianza*, *Autogestión* y *Autoevaluación*, obtienen una puntuación ligeramente inferior y tan solo la escala de Evaluación obtiene un resultado similar a la expuesta en la bibliografía. A pesar de la implantación de la normativa del EEES que fomenta la educación basada en competencias y promueve el aprendizaje autónomo, los estudiantes de grado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona no perciben tener disposición para el AA lo que conlleva a rechazar la hipótesis de la presente investigación que afirmaba que sí percibían tener dicha disposición. Quizá se partía de la base de que la implementación de las directrices europeas en la educación superior, con los cambios metodológicos derivados, implicaría un mayor nivel de aprendizaje autónomo del que se ha evidenciado en esta investigación. En este sentido, es posible que quede trabajo por realizar y se debe enfatizar en los logros asumidos por el rol autónomo del estudiante y guiado por el cuerpo docente.

Aunque los estudios analizados en la revisión de la literatura también parten, igual que el que aquí se presenta, de poblaciones de estudiantes de las Ciencias de la Salud, las diferencias en los resultados del cuestionario pueden ser debidas a las diferencias culturales del contexto, como pone de manifiesto Márquez *et al.* (2014), la cultura influye en el AA y este hecho dificulta un análisis comparativo. Las creencias y valores de la población estudiantil pueden diferir en cada territorio dando lugar a entender las características, habilidades y actitudes del AA de manera distinta según su procedencia, con lo que llevaría a percibir la

disposición para el AA de manera diferente para realizar un análisis comparativo más objetivable.

Un reflejo de las actitudes, habilidades y características personales de los estudiantes es el hecho de que el esfuerzo individual y el entusiasmo también influye en ellos (Ünsal-Avdal, 2013), además de tener una puntuación alta en la disposición para el AA, así como la confianza en dichas habilidades que se relaciona con el éxito en los estudios (Li *et al.*, 2010), aspectos que no se han tenido en cuenta en esta investigación.

Destaca el papel del AA a largo plazo. Con el paso del tiempo, en estudiantes que realizan metodologías que favorecen el AA, las puntuaciones de las escalas del AA aumentan de forma significativa (Chakravarthi y Vijayan, 2010), hecho que se percibe sutilmente en este estudio. Se interpreta que a medida que pasa el tiempo y más se realizan las metodologías que favorecen el AA, se adquieren más ganancias en la mejora de las habilidades referentes a la *disposición para el AA*, mostrando la mejora en el AA como un proceso en desarrollo.

En relación a las diferencias entre sexos, a pesar de observar una puntuación ligeramente elevada en mujeres respecto a los hombres tanto en la puntuación de la *Escala General* como en la escala *Deseo de aprender, Autogestión y Autoevaluación*, los resultados de la investigación realizada no aportan una relación significativa para la disposición del AA según el sexo hecho que se comparte con Fasce *et al.* (2013). Parra *et al.* (2014), a su vez, aportan en su investigación que las mujeres tienen más habilidades de autoevaluación y autogestión del aprendizaje que coincide con los resultados ya planteados. Phillip *et al.* (2015) después de investigar con estudiantes australianos aportan

Discusión

resultados similares con puntuaciones algo más elevadas en mujeres que en hombres, pero sin diferencias significativas. Sumándose a esta línea se encuentran las investigaciones de Yuan *et al.* (2012) con estudiantes chinas y de El-Gilany y Abusaad (2013) con estudiantes saudíes. Se puede intuir que el grado de madurez entre mujeres y hombres en la etapa universitaria puede tener algo que ver con la mejor disposición en las estudiantes que en ellos, pero se debería indagar más en este aspecto psicológico para llegar a conclusiones veraces.

El AA se entiende como un proceso; es lógico pensar que, a más edad y a mayor progresión en el grado, mayor autodirección tendrán los estudiantes debido a factores intrínsecos de la personalidad y el grado de madurez adquirido a lo largo de los años, así como el propio desarrollo de esta etapa estudiantil. La presente investigación no ha encontrado significación entre la edad y la disposición del AA pero detecta una relación positiva entre la edad y el *Deseo de aprender* y la edad y la Autoevaluación, así como la existencia de una correlación significativa entre el curso y la *Escala General, el Deseo de aprender* y la *Autoconfianza*, destacando que a curso más elevado, más deseo de aprender y más autoconfianza coincidiendo con Abraham *et al.* (2011), Estrada, 2013 y Fuenzalida, 2013. Estrada (2013) constata estos resultados en estudiantes de medicina chilenos además de corroborar que no hay relación entre la edad y la *Escala de Planificación del Aprendizaje* obteniendo menor puntuación de esta subescala. La posible explicación para comprender este hecho es que existen evidencias de que las actitudes o percepciones personales son más fáciles de desarrollar durante un período de tiempo que la capacidad de organizar

acciones concretas y llevarlas a cabo como sería en el caso de la planificación (Estrada, 2013).

El-Gilany y Abusaad (2013) y Yuan *et al.* (2012) aportan resultados similares en los que en una mayor edad y curso académico más elevado los estudiantes obtienen mayores puntuaciones para la disposición del AA y concretamente las puntuaciones más elevadas son en la percepción del autocontrol.

Este incremento de manera progresiva de las habilidades del AA insta a pensar, como expone Taminiou *et al.* (2014), que existe la necesidad de formación en AA de forma gradual en donde primero se ofrezca un asesoramiento completo que luego disminuya a medida que el estudiante adquiera o demuestren sus habilidades para el AA. Cazan y Schiopca (2013) afirman que el AA predice el rendimiento académico: a curso más elevado y mayor AA, mejor rendimiento. También revelan la relación entre rasgos de personalidad, AA y rendimiento académico.

Merece la pena mencionar que en investigaciones en las que la población ya está graduada en otros estudios o está realizando una formación de maestría y doctorado obtiene mejor puntuación que aquellas que cursan su primer grado (Deyo *et al.*, 2011), hecho que pone de manifiesto que el AA es un proceso a lo largo del cual se adquieren habilidades de forma paulatina y en estudiantes de postgrado es lógico pensar que tienen un bagaje notable en relación a la *disposición para el AA*.

En general las puntuaciones de las escalas son más elevadas en los estudiantes de Enfermería y Medicina, seguidos de los estudiantes de Psicología. La notable diferencia con los estudiantes de Fisioterapia puede deberse al tipo de población

Discusión

estudiada que, al ser de los primeros cursos, muestran un desarrollo de las habilidades del AA todavía incipiente. También es cierto que las investigaciones revisadas que han estudiado el AA denotan que estudios de grado como Medicina y Enfermería obtienen puntuaciones más elevadas en comparación con otras titulaciones como por ejemplo Farmacia, Nutrición y Dietética (Deyo *et al.*, 2011; Fasce *et al.*, 2001; Fuenzalida, 2013; Huynh *et al.*, 2009). Al mismo tiempo, se han hallado una gran cantidad de investigaciones en el ámbito de Enfermería y Medicina relacionadas con el AA, en cambio los campos de Psicología y Fisioterapia se ha encontrado poca evidencia. En el caso de Psicología puede ser debido a que en esta disciplina suelen referirse y estudiar lo que se conoce como aprendizaje autorregulado de donde es originario y no es frecuente encontrar el uso del concepto de Aprendizaje Autodirigido.

6.2 La incidencia de las metodologías docentes en el desarrollo del Aprendizaje Autodirigido

Observando los hallazgos de la investigación se puede confirmar la segunda hipótesis planteada al comprobarse que las metodologías docentes utilizadas en los Grados de Ciencias de la Salud sí favorecen la disposición para el Aprendizaje Autodirigido. Los estudiantes se responsabilizan de su aprendizaje, mejoran en confianza y manejan mejor su tiempo, entre otros aspectos, según las metodologías que utilizan.

Yuan *et al.* (2012) señalan que estudiantes con experiencias en grupos pequeños donde se trabaja mediante el *ABP* obtienen puntuaciones más altas que los que no tienen esa experiencia y mejoran significativamente la *disposición para el AA*. Estos resultados reflejan que los estudiantes que aprenden mediante metodologías que favorecen el aprendizaje activo realmente toman la iniciativa

y la responsabilidad de su proceso de aprendizaje. Este hecho se refleja en los hallazgos de esta investigación donde se observa que las metodologías docentes propulsoras de la participación de forma activa como el *ABP*, *estudio de casos*, *simulación*, *mapas*, *seminarios* y *prácticas de laboratorio* mejoran la *disposición para el AA* en términos generales. Una revisión sistemática realizada en 2010 (Murad, Coto-Yglesias, Varkey, Prokop, y Murad, 2010) constata que los profesionales de la salud mejoran el dominio del conocimiento mediante las habilidades y actitudes del AA. Además se hace referencia, a que si se detectan los estudiantes con un nivel bajo en habilidades para la *disposición para el Aprendizaje Autodirigido*, y a estos se le suma un riesgo de bajo rendimiento, se puede incidir en ellos mediante programas de asesoramiento para guiar a los estudiantes hacia la *disposición para el AA*, y así poder prevenir el abandono y el fracaso académico (Tio, Stegmann, Koerts, van Os, y Cohen-Schotanus, 2016).

En el caso del *ABP* se demuestra que con la utilización de esta metodología se mejora el deseo de aprender, la confianza y la gestión del estudiante. Estas características las contemplan Choi, Lindquist y Song (2014) cuando afirman que cuanto mayor es la puntuación de *disposición para el AA* mayor nivel de pensamiento crítico y capacidad de resolución de problemas por parte de los estudiantes. Tanto es así que Márquez *et al.* (2014) exponen que las metodologías que proporcionan un análisis reflexivo, generan mayor confianza y mejoran la gestión personal favoreciendo el desarrollo de las habilidades del aprendizaje autónomo (Santelices *et al.*, 2014). El incremento de confianza y de gestión también son cualidades referidas por otros estudios sobre la metodología de *ABP* en estudiantes de medicina que conjuntamente trabajan

Discusión

también las *mapas conceptuales* (Thomas, Bennett, y Lockyer, 2016; Thompson y Pascal, 2012).

En el caso del *portafolio* se coincide con Vera y Canalejas (2007) que recalcan la contribución de este instrumento a la potenciación del proceso de enseñanza–aprendizaje involucrando al estudiante en la evaluación como reflejan los resultados de esta investigación, en los cuales se observa que los estudiantes que afirman realizar portafolios puntúan mejor en la escala de *Autoevaluación*, además de hacerlo también en otras actividades como el *diario reflexivo*, la *simulación* y los *seminarios*.

En referencia a la planificación, mejora la puntuación en la *Escala de Planificación* cuando los estudiantes afirman realizar *estudio de casos* durante sus estudios de grado. Con el fin de mejorar la puntuación en la *Escala de Planificación* se debe indagar en las necesidades de aprendizaje de los estudiantes, debido a que estas necesidades están influenciadas por los rasgos de personalidad, que a su vez están vinculados al AA (Cazan y Schiopca, 2013).

Merece la pena reflexionar acerca de la aparente contradicción que se observa cuando los estudiantes afirman realizar *Prácticum* durante los estudios, ya que posteriormente no obtienen una mejor puntuación en la *disposición para el AA*, pero sí proporciona satisfacción y además lo catalogan como el elemento de más importancia en la adquisición de habilidades relacionadas con el AA en sus estudios de grado. Quizá se deba a que las prácticas clínicas, al ser un entorno de aprendizaje que los sumerge en el mundo laboral, les proporciona una conciencia real de la que será la profesión a la que se dedicaran cuando finalicen sus estudios de grado y por ese motivo lo perciben con gran satisfacción e importancia. Pero al mismo tiempo, ese mismo entorno de aprendizaje provoca

en los estudiantes estrés y les obliga a adaptarse con lo que puede conllevar a no percibir la mejora esperada en la *disposición para el AA* (Bardallo, 2010). En relación al ABP, los estudiantes lo sitúan en una posición de gran valor en la aportación de *disposición para el AA* además de estar satisfechos y de valorar sus beneficios al utilizarlo.

Otro apunte a observar es el caso de las *clases magistrales* (método expositivo), es visible la importancia que dan a este tipo de método, en tercera posición, a pesar de que se caracteriza por ser un método tradicional que promueve poco el trabajo autónomo y la participación activa del estudiante (Cano *et al.*, 2014). Y en cambio valoran peor el *diario reflexivo, los mapas y el portafolio*. Por ejemplo, en el caso de los portafolios, van-Schaik, Plant y O'Sullivan (2013) exponen la existencia de tensiones por parte de los tutores en la creencia de su utilidad para mejorar el AA. Si los propios tutores no creen en esa mejora, en el caso de los estudiantes se puede interpretar que las metodologías o actividades que les generan más trabajo en horas no lectivas son peor aceptadas a pesar de que les aporten una mayor ganancia en el proceso enseñanza–aprendizaje (Malan *et al.*, 2014). Este incremento de trabajo autónomo parece ser que el estudiante no lo relaciona con los beneficios del AA. Como se ha comentado anteriormente, el Aprendizaje Autodirigido es un proceso y no se evidencian sus beneficios hasta que no han avanzado en los cursos académicos de la titulación. Sería necesario valorar la introducción, en la formación inicial, de formación específica sobre metodologías, actividades y entornos de aprendizaje además de los conocimientos, procedimientos, etc. relacionados con la disciplina. Estas acciones coincidirían con las propuestas por Badia, Barberà, Coll, y Rochera (2005) y Oliveras y López (2014) cuando afirman que la Universidad debe

Discusión

apostar por una mayor organización y planificación en sus estrategias de aprendizaje. Y ya en el caso de formación específica en AA, Bravata *et al.* (2003) presenta una mejora de las habilidades después de un curso de formación en AA en residentes de medicina en EEUU donde en primer lugar se plantean identificar las necesidades de aprendizaje, en segundo lugar realizan ejercicios para identificar los recursos de aprendizaje, en tercer lugar se ayuda a optimizar el tiempo en la lectura crítica de las revistas científicas, en cuarto lugar se desarrolla y apoya un plan de aprendizaje, en quinto y último lugar se insta a formular preguntas clínicas para posteriormente dar respuesta. En esta misma línea, Suknaisith (2014) diseña una formación en AA dirigida a la evaluación de proyectos, con la cual obtiene mejoras en las habilidades del AA durante el proceso de evaluación y que reporta a los estudiantes beneficios a nivel personal enfocados al estilo de vida como la motivación, la flexibilidad, aspectos creativos, etc.

Estas aportaciones dejan entrever la necesidad de formación específica en AA o como mínimo contextualizarlo en el marco de la educación superior de los estudios de Ciencias de la Salud de forma más clara de la que se realiza actualmente en la mayoría de las titulaciones, además de la utilización de las metodologías docentes que favorecen y estimulan este aprendizaje que sí hay muestras de ello en esta investigación.

6.3 Relación entre el Aprendizaje Autodirigido y la satisfacción con el uso de metodologías docentes

Los estudiantes que tienen un nivel alto en la disposición para el aprendizaje están más satisfechos con el uso de las metodologías docentes. El ejemplo más claro es en la satisfacción con la realización del *ABP* y las *prácticas clínicas*. Se denota un aumento de la satisfacción en esta metodología y en este entorno de aprendizaje coincidiendo con Chakravarthi y Vijayan (2010), que explican cómo hay un proceso de cambio de sentimientos que otorga confianza y compromiso que, a su vez, facilita el debate, con lo que se consigue una mejora en la disposición para el AA. Skaalvik *et al.* (2011) observan que en un entorno de aprendizaje que proporciona un ambiente pedagógico basado en el compromiso y la supervisión genera apoyo y confianza que mejora la percepción de la satisfacción de los estudiantes.

En otros ámbitos de la educación superior en los que se utilizan el *ABP* que no son las Ciencias de la Salud, los estudiantes expresan un grado elevado de satisfacción con su uso, dándoles la oportunidad de adquirir más conocimientos y más profundos a partir de esta metodología docente (Amo, Jareño, Lagos y Tobarra, 2014).

En el caso de los seminarios, el uso de esta actividad genera satisfacción que a su vez aporta *disposición para el AA*. El hecho de disponer de más libertad para expresarse aportando opiniones y pudiendo debatirlas aumentan los sentimientos de satisfacción y crea la oportunidad de realizar una práctica más activa para el estudiante gracias también al ser en grupos reducidos (Lloret y Mir, 2008).

Discusión

El hecho de generar satisfacción con la utilización de las metodologías docentes y a su vez percibir una mejora en la *disposición para el AA* muestra la importancia de la planificación, el desarrollo y la obtención de los resultados esperados, por parte de los estudiantes, en el transcurso de las metodologías y que conlleva a colmar el deseo o la necesidad de adquirir competencias mediante dichas herramientas que se disponen en los estudios de grado de Ciencias de la Salud.

Para finalizar la discusión de la presente investigación se presentan evidencias como las de Kim, Olfaman, Ryan y Eryilmaz (2014) que demuestran que cuando se enseña a los estudiantes cómo realizar el AA con actividades que lo fomentan dentro de un programa de instrucción en línea, se consigue mejorar la disposición de estos, permitiéndoles ser más proactivos en la planificación, organización y supervisión de sus actividades educativas durante el curso. En la misma dirección Tao, Li, Xu y Jiang (2015) consiguen resultados similares con otro programa para mejorar el AA en estudiantes de Enfermería chinas. Rashid y Asghar (2016) apuestan por el impulso de la tecnología para el AA para conseguir un aprendizaje permanente. Estas son algunas aportaciones que muestran cómo mejorar la *disposición para el AA* con los recursos que disponemos en la educación superior.

6.4 Limitaciones de la investigación

Existen factores que pueden distorsionar la percepción de los estudiantes respecto la *disposición para el AA* y las metodologías docentes. Las experiencias personales e institucionales durante el proceso educativo como por ejemplo la ejecución de las metodologías, impregnan las creencias, la motivación, el rendimiento, la satisfacción, el crecimiento personal de los estudiantes entre otros y esto hace que la subjetividad sea palpable en los resultados de la investigación, pero aun así nos posibilitan la orientación de mecanismos para mejorar el proceso educativo en la educación superior.

La escasa literatura específica del constructo y la variedad de instrumentos para su valoración limita la comparación de los hallazgos como ya se ha comentado anteriormente; a pesar de ello las aportaciones de la investigación son suficientes para apoyar un cambio y plantear mejoras en este ámbito.

Otro elemento que puede haber limitado los hallazgos de la investigación es la baja participación de los estudiantes del grado de Fisioterapia. Posiblemente el hecho de impartirse en un centro adscrito de la UdG con dinámicas de funcionamiento sensiblemente diferentes a las demás Facultades ha podido comportarse como posible barrera en el reclutamiento de participantes.

Indagar sobre la percepción de los estudiantes sobre el AA y tan solo ofreciéndoles una definición del término a partir del cuestionario administrado también puede haber implicado alguna limitación en los resultados obtenidos, ya que los estudiantes pueden haber interpretado matices diferentes en el significado del concepto *Aprendizaje Autodirigido*. Se debe valorar la dificultad en medir el AA debido a que se ha valorado la autopercepción que cada

Discusión

estudiante se tiene de sí mismo en relación a las características que incorpora este tipo de aprendizaje. Concepto que a su vez tiene diversas dimensiones que lo hacen más complejo para su comprensión.

Conclusiones

7. Conclusiones

Se finaliza esta investigación con la presentación de las conclusiones derivadas de tratar de alcanzar y dar respuesta a los objetivos planteados en este proceso. Además de proponer líneas de actuación, tanto para seguir indagando en el Aprendizaje Autodirigido, como para implantar mejoras en los estudios a través de las metodologías docentes que éstos utilizan.

Los hallazgos de la presente investigación permiten ofrecer las siguientes afirmaciones:

- La percepción de los estudiantes de los estudios de grado de las Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona es de un nivel bajo en la disposición para el Aprendizaje Autodirigido.
- Las metodologías docentes favorecen el desarrollo de habilidades en la disposición para el AA, en especial aquellas que son más activas y que proporcionan reflexión y pensamiento crítico, ya que les ayuda a tener más confianza, gestionar mejor su aprendizaje y evaluarlo para que perdure en el tiempo.
- El uso de la metodología ABP es percibida por los estudiantes como la más importante para la adquisición de habilidades de AA, sumándose a una gran satisfacción percibida al utilizarla.
- Es necesario ofrecer más formación sobre el AA, debido a que el AA desarrolla una serie de actitudes, habilidades y características personales en los estudiantes útiles para alcanza las competencias propuestas en las

Conclusiones

disciplinas a las que pertenecen y les otorga unas habilidades de aprendizaje permanentes necesarias para su futura vida la laboral.

Las aportaciones de este trabajo de investigación conducen a pensar, a pesar de que el concepto de Aprendizaje Autodirigido está definido de forma clara y concisa, existe una dificultad en trabajar con él y en la posibilidad de medirlo de manera precisa. Por este hecho se ha realizado un esfuerzo en este trabajo para contextualizarlo y trabajar con él, a partir de la percepción de los estudiantes de los estudios de Ciencias de la Salud. Será de gran valor seguir trabajando sobre este tema, no sólo desde la visión de los estudiantes sino también, desde la perspectiva del profesorado de dichas titulaciones y sin olvidar a los profesionales de la salud, que constantemente precisan de formación continuada, entendiéndolos como activos en formación y haciendo palpable la necesidad de indagar en su visión sobre el aprendizaje autónomo.

Para lograr esta visión de manera más concisa, sería conveniente seguir a estos activos de manera longitudinal y recoger sus aportaciones mediante grupos de discusión intergrupales que enriquecerían las perspectivas del Aprendizaje Autodirigido.

La investigación conduce a percibir una evolución a lo largo de los cursos en las titulaciones. Este hecho es significativo y deja entrever la importancia del transcurso de los años a lo largo del grado, son años importantes en la formación de los jóvenes. También se ve influenciada esta formación por las actividades grupales que se realizan durante la titulación en diversos ámbitos, trabajo en grupo que parece aportar una mejorar en disposición para el aprendizaje autónomo, en la que valdría la pena profundizar, llevándonos a pensar qué influencia existe de manera más concreta cuando los jóvenes

aprenden socializándose entre ellos, utilizando el trabajo en grupo, actividades grupales, o el aprendizaje entre iguales, para saber cómo estas dinámicas favorecen el AA.

También se pone de manifiesto la importancia de las metodologías docentes (métodos, actividad o instrumentos, y entornos de aprendizaje) utilizadas a lo largo de la educación superior para conseguir los objetivos de aprendizaje y así asumir las competencias diseñadas en las titulaciones universitarias. Se observa como ciertas metodologías están relacionadas con el AA, que a su vez favorecen el trabajo autónomo para este proceso de enseñanza-aprendizaje. Si se siguen las directrices europeas y se apuesta por fomentar el trabajo autónomo guiado por el cuerpo docente, se crea la necesidad de profundizar en la utilización de las metodologías para favorecer aquellas más beneficiosas para el desarrollo de este proceso en los estudiantes.

Una figura imprescindible de este proceso de enseñanza-aprendizaje son los docentes bajo su rol de guía, mentor, mediador... con lo que se puede pensar si mediante los recursos que utilizan para alcanzar los objetivos de aprendizaje, fomentan o no aprendices autónomos. Se abre aquí una ventana hacia la reflexión, es importante para el profesor acercar al estudiante a las competencias específicas de cada título de grado, propias de la profesión, y se pueden dejar de lado aspectos como los que recoge el AA. El estudiante deberá alcanzar dichas competencias específicas, pero también las transversales ya que este joven estará en la Universidad un tiempo limitado que al finalizarlo deberá continuar su formación. Por tanto, todas aquellas cualidades que hayan impregnado en los estudiantes perduraran en ellos para ser profesionales

Conclusiones

competentes y de ahí su importancia para seguir investigando y mejorando el Aprendizaje Autodirigido en la educación superior.

Tampoco se pueden olvidar las aportaciones a nivel personal que la educación superior ofrece a los estudiantes. Es necesario fomentar la satisfacción, no solo en la utilización de los recursos disponibles para llevar a cabo los estudios, sino profundizando a este nivel personal, cómo de satisfechos están nuestros estudiantes al realizar su formación universitaria de la que nosotros somos responsables. Es nuestra responsabilidad profesional como docentes emplear todos los medios a nuestro alcance para acercar a los estudiantes a la máxima satisfacción posible en el transcurso de su proceso de aprendizaje, que sin duda dejará meya en su futuro perfil profesional.

Este trabajo de investigación nos acerca al Aprendizaje Autodirigido en nuestro entorno más próximo, nos abre la puerta para profundizar en él e intentar mejorarlo y nos ofrece la posibilidad de visualizar las necesidades de la comunidad universitaria que seguro es compartida en otros ámbitos no sólo en las Ciencias de la Salud y de ahí el valor que representa este trabajo.

7.1 Reflexiones y propuestas de futuro

A partir de estos hallazgos se pueden plantear diversas líneas de actuación para conseguir una mejora en la disposición para el AA y con ella una mejora en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de Ciencias de la Salud en el contexto de la educación superior.

Conocer el estado actual de disposición para el AA de los estudiantes de Ciencias de la Salud y su relación con las metodologías docentes facilita plantear programas y actividades formativas para la toma de conciencia del proceso de aprendizaje, así como mejoras de las estrategias para adquirir la disposición necesaria para ser aprendices de por vida, capaces de mantener las competencias profesionales en el transcurso de su carrera y vida laboral.

Por estas razones es necesario seguir indagando en el AA y su influencia en las metodologías docentes para diseñar estrategias que mejoren el nivel y las capacidades de los estudiantes en la Educación Superior de las Ciencias de la Salud repercutiendo así en el rendimiento académico y en la inherencia del trabajo autónomo como instrumento en la formación continuada.

Será necesaria la difusión de los hallazgos de esta investigación para reflejar en otras comunidades universitarias la relevancia del AA y el valor que tiene el mejorar la disposición para el AA de los estudiantes de educación superior para conseguir profesionales competentes y con ello una trayectoria en constante formación.

Las propuestas para mejorar la disposición para el AA de los estudiantes de Ciencias de la Salud sería en primera instancia realizar en los primeros cursos de grado una formación mínima y específica en AA con el objetivo de poner de

Conclusiones

manifiesto la importancia y utilidad que tendrá para los estudiantes el desarrollo del AA a lo largo de sus estudios de grado, ya que deberán adquirir habilidades que les facilitaran la consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos durante su formación académica específica en su titulación. Así como ayudarles a identificando las dimensiones del aprendizaje y trabajar a partir de la planificación del aprendizaje, el deseo de aprender, la autoconfianza, la autogestión y la autoevaluación del aprendizaje (qué significa, utilidad y cómo llevarlo a cabo).

Se podría hacer dicha formación organizada en seminarios específicos a lo largo del primer semestre de primer curso para trabajar los temas mencionados anteriormente de manera introductoria. De este modo, se conseguiría visibilizar el AA de forma temprana en los estudios. También valdría la pena reforzar el proceso a lo largo del grado para fortalecer en los estudiantes la importancia del AA, que podrá perdurar a lo largo de su vida laboral y se podría llevar a cabo dentro del contexto del Plan de Acción Tutorial. En este contexto se podría dedicar un espacio de tiempo en trabajar las dimensiones del AA y su importancia. Dentro de este espacio aportaría gran valor, utilizar la mentoría entre iguales, si estudiantes de cursos superiores explicasen cómo ha sido su proceso de aprendizaje en relación al AA y qué les ha aportado las metodologías docentes utilizadas durante los estudios.

En segundo lugar, para mejorar la comprensión y los objetivos de las metodologías docentes que fomentan el AA, se podría realizar un proyecto para mejorar la comprensión de los métodos, actividades o instrumentos docentes y los entornos de aprendizaje, ya que si se definen los objetivos de cada elemento con mayor claridad quizá se aumentarían los beneficios de realizarlos y a su vez

se podría aumentar la disposición para el AA. En esta situación, es imprescindible trabajar en equipo con todos los docentes de la titulación, porque al ser ellos quienes ponen en marcha las metodologías docentes, deberían ser ellos quienes introduzcan a nivel de cada asignatura cómo trabajar los objetivos de aprendizaje a partir de los métodos e instrumentos para su correcto desarrollo.

En tercer lugar, proporcionar herramientas a los docentes para trabajar con los estudiantes las características, actitudes y habilidades del AA y así facilitar de forma progresiva su adquisición, ejerciendo así su papel de guías/tutores/compañeros a lo largo de su formación universitaria.

En definitiva, habría que visibilizar el Aprendizaje Autodirigido para obtener mejores resultados y fomentarlo en todos los colectivos de la comunidad universitaria, además de continuar fortaleciendo las metodologías docentes que estimulan la autonomía de los estudiantes.

Bibliografía

8. Bibliografía

- Achcaoucaou, F., Guitart-Tarrés, L., Miravittles-Matamoros, P., Númez, A., Bernardo, M., y Bikfalvi, A. (2014). Competence assessment in Higher Education: A dynamic approach. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 24(4), 454-67.
- Abd-El-Fattah, S. M. (2010). Garrison's model of self-directed learning: preliminary validation and relationship to academic achievement. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 586-96.
- Abraham, R. R., Fisher, M., Kamath, A., Izzati, T. A., Nabila, S., y Atikah, N. N. (2011). Exploring first-year undergraduate medical students' self-directed learning readiness to physiology. *Advances in Physiology Education*, 35(4), 393-5.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2015). Marco legal Aneca. Recuperado el 15 enero 2016 de: <http://www.aneca.es/ANECA/Marco-legal>
- Aguayo-González, M., Monereo-Font, C. (2012). The nurse teacher. Construction of a new professional identity. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 398-405.

Bibliografia

- Aho, J. M., Ruparel, R. K., Graham, E., Zendejas-Mummert, B., Heller, S. F., Farley, D. R., y Bingener, J. (2015). Mentor-guided self-directed learning affects resident practice. *Journal of Surgical Education*, 72(4), 674-9.
- Alinier, G., Hunt, B., Gordon, R., y Harwood, C. (2006). Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 359-69.
- Alonso, P. (2012). La Andragogía como disciplina propulsora de conocimiento en la educación superior. *Educare*, 16(1), 15-26.
- Al-karasneh, S. M. (2014). Reflective journal writing as a tool to teach aspects of social studies. *European Journal of Education*, 49(3), 395-408.
- Amo, E., Jareño, F., Lagos, M. G., y Tobarra, M. A. (2014). Las nuevas tecnologías y su repercusión en los planes de estudios. *Revista Innovar*, 24(54), 231-45.
- Amador, G., Chávez, A., Alcaraz, N., Moy, N., y Guzmán, J. (2007). El papel de los tutores en la auto-dirección del aprendizaje de los estudiantes de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 52-69.
- Amena, M. y McCoy, J. (2009). Vision of competency-based education. *Competency based Nursing Education: Guide to Achieving Outstanding Learner Out-comes*. New York: Springer.
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2009). *Guia per l'avaluació de competències en educació social*. Barcelona: Agència per la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.

Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2014).

Universitat i treball a Catalunya 2014. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.

Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. (2016). Red española de agencias de calidad univeristaria. Recuperado el 5 octubre 2016 de:

http://www.aqu.cat/site_related/enllacos/agencies_reacu/index_es.html#WEgvqrLhDIU

Aránega, S. (2014). Competences for Employability: How can they be developed and assessed in initial training? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 139 (2014), 366-72.

Arnau, J., Torán, P., Martínez-Carretero, J. M., Forteza-Rey, J., Pinilla, B., y Brailovsky, C. (2008). Introducción del portafolio formativo como instrumento de tutorización de residentes de Medicina Interna: revisión de una experiencia piloto, 2005-2006. *Revista Clínica Española*, 208(9), 447-54.

Associació Catalana d'Universitats Públiques. (2011). *Impactes de les Universitats Públiques Catalanes a la societat*. Barcelona: Associació Catalana d'Universitats Públiques. Recuperado el 12 febrero 2016 de: <http://www.acup.cat/publicacio/estudiimpactes-de-les-universitats-publicues-catalanes-la-societat>

Bibliografía

- Associació Catalana d'Universitats Públiques. (2014). *Indicadors de recerca i innovació de les Universitats Públiques Catalanes Informe 2014*. Barcelona: Associació Catalana d'Universitats Públiques.
- Baartman, L. K. J., Bastiaens, T. J., Kirschner, P. A., y van der Vleuten, C. P. M. (2007). Evaluating assessment quality in competence-based education: A qualitative comparison of two frameworks. *Educational Research Review*, 2(2), 114-29.
- Badia, A., Barberà, E., Coll, C. y Rochera, M. J. (2005). La utilización de un material didáctico autosuficiente en un proceso de aprendizaje autodirigido. *Revista de Educación a Distancia*, 3, 1-18.
- Baghcheghi, N., Koohestani, H. R., y Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, 31(8), 877-82.
- Barbará, E., Gewerc, A. y Rodríguez, J. L. (2009). Portafolios electrónicos y educación superior en España: Situación y tendencias. *Revista de Educación a Distancia*, 8, 1-13.
- Bardají, T. (2008). El diario reflexivo como herramienta de enfermería. *Nursing*, 26(7), 52-5.
- Bardallo, D. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.

- Barrios, S., Masalán, M. P., y Cook, M. (2011). Educación en salud: En la búsqueda de metodologías innovadoras. *Ciencia y Enfermería* 71(1), 57-69.
- Battaner, E., Sánchez, A., García, A., y Rodríguez, F. (2004). Libro blanco. Título de Grado de Enfermería. *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*. Barcelona y Zaragoza.
- Benavides, F. G., Moya, C., Segura, A., De la Puente, M. L., Porta, M., Amela, C., y el Grupo de Trabajo sobre competencias profesionales en salud pública. (2006). Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 239-43.
- Bergsmann, E., Schultes, M.T., Winter, P., Schober, B., y Spiel, C. (2015). Evaluation of competence-based teaching in higher education: From theory to practice. *Evaluation and Program Planning*, 52, 1-9.
- Biggs, J. (1999). What the student does: teaching for enhanced learning. *Higher Education Research & Development*, 18(1), 57-75.
- Bland, A. J., Topping, A., y Wood, B. (2011). A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 31(7), 664-70.
- Bonwell, C., y Eison, J. (1991). *Active learning. Creating excitement in the classroom. ASHE-ERIC Higher Education Report*. Washington: The George Washington University, School of Education and Human Development.

Bibliografía

- Boschi, C.L. (2014). Innovación docente mediante un método tutorial apoyado con recursos informáticos. Una experiencia de la Facultad de Agronomía de la Universidad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 5(13), 55-64.
- Boud, D. (2001). Using journal writing to enhance reflective practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2001(90), 9-17.
- Branda, L. A. (2006). L'estudi basat en l'aprenentatge autodirigit. *UOC*, 1-7.
Recuperado el 8 agosto 2016 de: <http://www.uoc.edu>
- Branda, L. A. (2009). De herejía artificial a res popularis. *Educación médica*, 12(1), 11-23.
- Bravata, D. M. T., Huot, S. J., Abernathy, H. S., Skeff, K. M., y Bravata, D. M. C. (2003). The development and implementation of a curriculum to improve clinicians' self-directed learning skills: a pilot project. *BMC Medical Education*, 3, 7-15.
- Bockett R. G., y Hiemstra, R. (1993). *El aprendizaje autodirigido en la educación de adultos*. Barcelona: Paidós Educador.
- Burke, H., y Mancuso, L. (2012). Social cognitive theory, metacognition, and simulation learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 51(10), 543-8.
- Cabero, J. (2006). Comunicaciones virtuales para el aprendizaje. Su utilización en la Enseñanza. *Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 20(1),6.

- Cadorin, L., Suter, N., Dante, A., Williamson, S. N., Devetti, A., y Palese, A. (2012). Self-directed learning competence assessment within different healthcare professionals and amongst students in Italy. *Nurse Education in Practice*, 12(3), 153-8.
- Cano, E. (2011). *Buenas prácticas en la evaluación de competencias. Cinco casos de educación superior*. Barcelona: Laertes.
- Cano, F., Berbén, A.B.G., Fernández, M., Gea, M., y Díaz, M. (2014). Metodología docente en las universidades europeas: la percepción de los Erasmus. *Profesorado. Revista de currículum y formación de profesorado*, 18(1), 307-22.
- Candy, P. C. (1988). Key issues for research in self-directed learning. *Studies in Continuing Education*, 10(2), 104-24.
- Cárdenas, F. A., y Zapata, P. N. (2013). Aprendizaje activo y evaluación auténtica. *IX Congreso internacional sobre investigación en didácticas de las ciencias, Girona*, (p. 649-54).
- Cazan, A. M., y Schiopca, B. A. (2014). Self-directed learning, personality traits and academic achievement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 640-4.
- Cerda, C., y Osses, S. (2012). Aprendizaje autodirigido y aprendizaje autorregulado: dos conceptos diferentes. *Revista Médica Chile*, 140(11), 1504-05.

Bibliografía

- Chakravarthi, S., y Vijayan, P. (2010). Analysis of the psychological impact of problem based learning (PBL) towards self directed learning among students in undergraduate medical education. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 38-43.
- Chirema, K. D. (2007). The use of reflective journals in the promotion of reflection and learning in post-registration nursing students. *Nurse Education Today*, 27(3), 192-202.
- Choi, E., Lindquist, R., y Song, Y. (2014). Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. *Nurse Education Today*, 34(1), 52-6.
- Claret, J. (2006). Cuando las cátedras eran trincheras. La depuración política e ideológica de la Universidad española durante el primer franquismo. *Hispania Nova: Revista de Historia Contemporánea*, 6, 1-20.
- Clarke, N. M. (2014). A person-centred enquiry into the teaching and learning experiences of reflection and reflective practice — Part one. *Nurse Education Today*, 34(9), 1219-24.
- Comisión Europea (2010). Europa 2020. Recuperado el 20 enero 2016 de: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:ES:PDF>
- Collins, S., y Hewer, I. (2014). The impact of the Bologna process on nursing higher education in Europe : A review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 150-6.

- Davó-Blanes, M. C., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Segura-Benedicto, A., Bosch, F., y Benavides, F. G. (2014). Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado: fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 123-8.
- Dale, V. H. M., Pierce, S. E., y May, S. A. (2013). Benefits and limitations of an employer-led, structured logbook to promote self-directed learning in the clinical workplace. *Journal of Veterinary Medical Education*, 40(4), 402-18.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana/Unesco.
- De Miguel, M. (2005). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- De Pablo, C. (2007). The purge of spanish education during franquism (1936-1975). The institutionalization of a repression. *Foro de Educación*, 9, 203-28.
- Deyo, Z. M., Huynh, D., Rochester, C., Sturpe, D. A, y Kiser, K. (2011). Readiness for self-directed learning and academic performance in an abilities laboratory course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(2), 1-6.
- Domingo, A. (2013). *Práctica reflexiva para docentes. De la reflexión ocasional a la reflexión metodológica*. Saarbrücken: Publica.
- Domingo, A., y Gómez, M.V. (2014). *La Práctica reflexiva. Bases, modelos e instrumentos*. Madrid: Narcea.

Bibliografía

- Echeverría, M. S. (1985). Programas computacionales interactivos en Lingüística. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 23, 139-49.
- El-Gilany, A. H., y Abusaad, F. E. S. (2013). Self-directed learning readiness and learning styles among Saudi undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 33(9), 1040-4.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London/New York: Routledge Falmer.
- Espacio Europeo de Educación Superior. (2000). Estructuras educativas europeas. Recuperado el 8 marzo 2016 de: <http://www.eees.es/es/eees-estructuras-educativas-europeas>
- Espacio Europeo de Educación Superior. (2015). Documentación de seguimiento EEES. Recuperado el 8 marzo 2016 de: <http://www.eees.es/es/eees-grupo-de-seguimiento>
- Estrada, J. (2013). Relación entre prácticas docentes y el nivel de aprendizaje autodirigido en estudiantes de Medicina. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 114-20.
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2015). *The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Escola Universitària de la Salut i l'Esport (EUSES). (2016). Grado en Fisioterapia en Campus de Salt – Plan de estudios. Recuperado el 10 enero 2016 de: <http://euses.cat/estudios/grados/grado-en-fisioterapia/grado-en-fisioterapia-en-campus-de-salt-plan-de-estudios/?lang=es>

Fasce, E., Pérez, C., Ortiz, L., Parra, P., y Matus, P. (2011). Estructura factorial y confiabilidad de la escala de aprendizaje autodirigido de Fisher, King & Tague en alumnos de medicina chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(4), 1428-34.

Fasce, E., Pérez, C., Ortiz, L., Parra, P., Ibáñez, P., y Matus, O. (2013). Aprendizaje autodirigido y su relación con el perfil valórico en estudios de medicina. *Revista Médica de Chile*, 141(1), 15-22.

Facione, P. A., y Carlin, G. (2007). Pensamiento Crítico : ¿Qué es y por qué es importante? *Insight Assessment*, 1-22.

Fernández, A. (2005). *Nuevas metodologías docentes*. Instituto de Ciencias de la Educación. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia.

Fernández, A. (2006). Metodologías activas para la formación de competencias. *Educatio S.XXI*, 24, 35-56.

Fernández-Peña, R., Fuentes-Pumarola, C., Malagón-Aguilera, M. C., Bonmatí-Tomás, A., Bosch-Farré, C., y Ballester-Ferrando, D. (2016). The evaluation of reflective learning from the nursing student's point of view: a mixed method approach. *Nurse Education Today*, 44, 59-65.

Bibliografía

- Fisher, M., King, J., y Tague, G. (2001). Development of a self-directed learning readiness scale for nursing education. *Nurse Education Today*, 21(7), 516-25.
- Fuenzalida, P. (2013). Relación entre las estrategias de aprendizaje, el aprendizaje autodirigido y el rendimiento académico en alumnos de Nutrición y Dietética. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(1), 53-8.
- Fullana, J., Pallisera, M., Colomer, J., Fernández, R., y Perez, M. (2013). Metodologías de enseñanza y aprendizaje reflexivos en la universidad. Una investigación centrada en la percepción de estudiantes de grado de la Universidad de Girona. *Revista de Investigación en Educación*, 11(2), 60-76.
- Garabet, M., y Miron, C. (2010). Conceptual map Didactic method of constructivist type during the physics lessons. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3622-31.
- García, A. (2008). *Proceso de enseñanza/aprendizaje en Educación Superior*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- García, M., y Morillas, L. (2011). La planificación de evaluación de competencias en Educación Superior. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 14(1), 113-24.
- García-Sanz, M.P. (2008). *Guías docentes de asignaturas de Grado en el EEES. Orientaciones para su elaboración*. Murcia: Editum.

- García-Sanz, M.P. (2014). La evaluación de competencias en Educación Superior mediante rúbricas: un caso práctico. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17 (1), 87-106.
- Gargallo, B. (2012). Un aprendiz estratégico para una nueva sociedad. *Teoría de la educación y cultura en la sociedad de la información*, 13(2), 246-72.
- Gil, P., y Ibáñez, A. (2013). Percepción de utilidad y grado de satisfacción del alumnado de formación del profesorado con el Método del Caso. *Aula Abierta*, 41(3), 79-90.
- Glaser, E. (1941). An experiment in the development of critical thinking. Internet. Recuperado el 20 octubre 2015 de: <http://www.criticalthinking.org/pages/defining-critical-thinking/766>
- Gobierno de España. (1983). Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. *Boletín Oficial del Estado*, (209), 24034-42.
- Gobierno de España. (2001). Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades. *Boletín Oficial del Estado*, (307), 1-50.
- González, C. (2012). *Aplicación del “ Aprendizaje Basado en Problemas ” en los estudios de Grado en Enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- González, J., y Wagenaar, R. (2006). *Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Bibliografía

- González, C., Carbonero, M. A., Lara, F., y Martín, P. (2014). Aprendizaje basado en problemas y satisfacción de los estudiantes de Enfermería. *Enfermería Global*, 13(3), 105-12.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., y Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 572-8.
- Guglielmino, L. (1977). Development of the self-directed learning readiness scale. University of Georgia. *Dissertation Abstracts International*, 38(11), 6467.
- Gustafsson, C., y Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing* 13(3), 271-80.
- Huynh, D., Haines, S. T., Plaza, C. M., Sturpe, D. A., Williams, G., Rodriguez de Bittner, M. A., y Roffman, D. S. (2009). The impact of advanced pharmacy practice experiences on students' readiness for self-directed learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 65.
- Iahad, N. A., Mirabolghasemi, M., Mustaffa, N. H., Shafie Abd. Latif, M., y Buntat, Y. (2013). Student perception of using case study as a teaching method. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 93, 2200-4.
- Ibarra, M. S., y Rodríguez, G. (2011). Aprendizaje autónomo y trabajo en equipo: reflexiones desde la competencia percibida por los estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 14(4), 73-85.

Illesca, M. (2012). *ABP y competencias genéricas: concepciones de los estudiantes de enfermería*. (Tesis doctoral). Univeristat de Lleida, Lleida.

Instituto Nacional de Planteamiento de la Educación. Ministerio de la Nación Argentina. (2000). *Resolución de problemas*. Buenos Aires: Paginar.net.

Jiménez, M. P. (2007). *Auditoria universitaria y calidad*. (Tesis doctoral). Universidad Autonoma de Barcelona, Barcelona.

Jossberger, H., Brand-Gruwel, S., van de Wiel, M. W. J., y Boshuizen, H. P. A. (2015). Teachers' perceptions of teaching in workplace simulations in vocational education. *Vocations and Learning*, 8(3), 287-318.

Jurkowski, S., y Hänze, M. (2015). How to increase the benefits of cooperation: Effects of training in transactive communication on cooperative learning. *British Journal of Educational Psychology*, 85(3), 357-71.

Kennison, M. (2012). Developing reflective writing as effective pedagogy. *Nursing Education Perspectives*, 33(5), 306-11.

Kim, H. S. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1205-12.

Kim, M., y Park, S. Y. (2011). Factors affecting the self-directed learning of students at clinical practice course for advanced practice nurse. *Asian Nursing Research*, 5(1), 48-59.

Bibliografía

- Kim, R., Olfman, L., Ryan, T., y Eryilmaz, E. (2014). Leveraging a personalized system to improve self-directed learning in online educational environments. *Computers & Education*, 70, 150-60.
- Knowles, M. (1975). *Self-directed learning: A Guide for learners and Teachers*. New York: Association Press.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning. Experiences as the source of learning and development*. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Korthagen, F., Kessels, J., Koster, B., Lagerwerf, B., y Wubbels, T. (2001). *Linking practice and theory: the pedagogy of realistic teacher education*. Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kyndt, E., Onghena, P., Smet, K., y Dochy, F. (2014). Employees' willingness to participate in work-related learning: a multilevel analysis of employees' learning intentions. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 14(3), 309-27.
- Lafuente, J. V., et al. (2007). El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. *Educación Médica*, 10(2), 86-92.
- Langley, M. E., y Brown, S. T. (2010). Perceptions of the use of reflective learning journals in online graduate nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 31(1), 12-7.
- Lee, L. (2016). Autonomous learning through task-based instruction in fully online language courses. *Language Learning & Technology*, 20(2), 81-97.

- Legault, A. (2012). ¿Una enseñanza universitaria basada en competencias? ¿Por qué? ¿Cómo? *Revista Electrónica de Desarrollo de Competencias*, 5(1), 1-29.
- Levett-Jones, T., y Lathlean, J. (2009). The ascent to competence conceptual framework: an outcome of a study of belongingness. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2870-9.
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Madrid: Gestión 2000.
- Li, H., Hasegawa, S., y Kashihara, A. (2015). A multi-layer map-oriented resource organization system for web-based self-directed learning combined with community-based learning. *Research and Practice in Technology Enhanced Learning*, 10(1), 14.
- Li, S. T. T., Tancredi, D. J., Co, J. P. T., y West, D. C. (2010). Factors associated with successful self-directed learning using individualized learning plans during pediatric residency. *Academic Pediatrics*, 10(2), 124-30.
- Lloret, T., y Mir, A. (2008). ¿Qué ha ocurrido en el primer año de implementación del EEES en algunas titulaciones?: Un primer balance en la UPF en términos de rendimiento académico, satisfacción y proceso. *Revista de Docencia Universitaria*, 1, 1-17.
- Loyens, S. M. M., Magda, J., y Rikers, R. M. J. P. (2008). Self-directed learning in problem-based learning and its relationships with self-regulated learning. *Educational Psychology Review*, 20(4), 411-27.

Bibliografía

- Maestre, J. M., Sztyld, D., Del Moral, I., Ortiz, G., y Rudolph, J. W. (2014). The making of expert clinicians: reflective practice. *Revista Clínica Española*, 214(4), 216-20.
- Malan, S. B., Ndlovu, M., y Engelbrecht, P. (2014). Introducing problem-based learning (PBL) into a foundation programme to develop self-directed learning skills. *South Africa Journal of Education*, 34(1), 1-16.
- Márquez, C., Fasce, E., Pérez, C., Ortega, J., Parra, P., Ortiz, L., Matus, O., y Ibáñez, P. (2014). Aprendizaje autodirigido y su relación con estilos y estrategias de aprendizaje en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 142(3), 1422-30.
- Martí, J. A., Heydrich, M., Rojas, M., y Hernández, A. (2010). Aprendizaje basado en proyectos: una experiencia de innovación docente. *Revista Universidad EAFIT*, 46(158), 11-21.
- Martínez-Segura, M., Sánchez-López, M., y García-Sánchez, F. (2011). Metodologías docentes para activar el protagonismo del estudiante. In *Congreso internacional de innovación docente. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena* (p. 1109-20).
- Mateo, J. (2007). Interpretando la realidad, construyendo nuevas formas de conocimiento: el desarrollo competencial y su evaluación. *Revista de Investigación Educativa*, 25(2), 513-31.
- Meneses, G. (2007). *NTIC, Interacción y aprendizaje en la universidad*. (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Meyer, J. W., y Schofer, E. (2006). La Universidad en Europa y en el Mundo: Expansión en el siglo XX. *Revista Española de Educación Comparada*, 12, 15-36.

Michavila, F. (2011). Bolonia en crisis. A la espera de tiempos mejores. *Revista de Docencia Universitaria*, 9(3), 15-27.

Ministerio de Educación Cultura y Deporte. (2014). Datos básicos del sistema universitario español. Curso 2013-2014. Madrid: Secretaria General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Gobierno de España. (2016). Competencias para Aprender a aprender. Recuperado el 9 abril 2016 de: <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/mc/lomce/el-curriculo/curriculo-primaria-esobachillerato/competencias-clave/aprende.html>

Ministros Europeos de Educacion Superior. (1998). Declaración de La Sorbona. Recuperado el 20 febrero 2016 de: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/15.pdf>

Ministros Europeos de Educación Superior. (1999). Declaración de Bolonia. Recuperado el 20 febrero 2016 de: http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf

Bibliografía

- Ministry of Education and Science of the Republic of Armenia. (2015). Bologna Process | EHEA. Recuperado el 5 mayo 2016 de: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=9>
- Mulder, M., Gulikers, J., Biemans, H., y Wesselink, R. (2009). The new competence concept in higher education: error or enrichment? *Journal of European Industrial Training*, 33(8/9), 755-70.
- Muñoz-Cantero, J. M., y Pozo, C. (2014). El escenario de la calidad en la Universidad española: de dónde venimos y hacia dónde vamos. *Revista Electrónica Ineruniversitaria de Formación Del Profesorado*, 17(3), 1-16.
- Murad, M. H., y Varkey, P. (2008). Self-directed learning in health professions education. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 37(7), 580-90.
- Murad, M. H., Coto-Yglesias, F., Varkey, P., Prokop, L. J., y Murad, A. L. (2010). The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Medical Education*, 44(11), 1057-68.
- Nelson, S. y Purkis, M.E. (2004). Mandatory reflection: the Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nursing Inquiry*, 11(4), 247-57.
- Novak, J. D. y Gowin, D. B. (1984). *Aprendiendo a aprender*. Barcelona: Martínez Roca.
- Núñez-Tabales, J. M., Fuentes-García, F. J., Muñoz-Fernández, G. A., y Sánchez-Cañizares, S. M. (2015). Análisis de elaboración e implementación del método del caso en el ámbito de la educación superior. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6(16), 33-45.

- Oddi, L. F. (1986). Development and validation of instrument to identify self-directed continuing learners. *Adult Education Quarterly*, 36 (2):47-107
- Oh, P. J., Jeon, K. D., y Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35(5), e6-e15.
- Oliveras, S. L., y López, M. V. (2015). Medición de la autopercepción de la autodirección en estudiantes de medicina de pregrado. *Investigación en Educación Médica*, 4(14), 75-80.
- Ordorika, I., y Lloyd, M. (2014). Teorías críticas del Estado y la disputa por la educación superior en la era de la globalización. *Perfiles Educativos (IISUE-UNAM)*, 36(145), 122-19.
- Osterman, K. y Kottkamb R. (2004). *Reflective practice for education. Professionals development to improve student learning* (2ª ed.). California: Corwin.
- O'Shea, E. (2003). Self-directed learning in nurse education: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 62-70.
- Paranhos, V., y Mendes, M. (2010). Currículo por competencia y metodología activa: percepción de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 1-8.
- Parra, J., Cerda, C., y López-Vargas, O. (2014). Género, autodirección del aprendizaje y desempeño académico en estudiantes de pedagogía. *Educación y Educadores*, 17(1), 91-107.

Bibliografía

- Paul, R., y Elder, L. (2003). La mini-guía para el pensamiento crítico, conceptos y herramientas. Recuperado el 23 noviembre 2015 de: <http://www.criticalthinking.org>
- Penden-McAlpine, C., Tomlison, P., Forneris, S., Genk, G., y Meier, S. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing* 49(5), 494-501.
- Pereyra, M. A., Sevilla, D., y Luzón, A. (2006). Las universidades españolas y el proceso de la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Limitaciones y perspectivas de cambio. *Revista Española de Educación Comparada*, 12(12), 113-44.
- Perrenoud, P. (2004). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Graó.
- Phillips, B. N., Turnbull, B. J., y He, F. X. (2015). Assessing readiness for self-directed learning within a non-traditional nursing cohort. *Nurse Education Today*, 35(3), 1-7.
- Pinilla-Roa, A. E. (2012). Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 852-64.
- Pinto, M. (2014). Habilidades y competencias de gestión de la información para aprender a aprender en el Marco del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Recuperado el 6 mayo 2016 de: <http://www.mariapinto.es/alfineees/autonomo/que.htm>.

- Pintrich, P. R. (2004). A conceptual framework for assessing motivation and self-regulated learning in college students. *Educational Psychology Review*, 16(4), 385-407.
- Pijl-Zieber, E. M., Barton, S., Konkin, J., Awosoga, O., y Caine, V. (2013). Competence and competency-based nursing education: Finding our way through the issues. *Nurse Education Today*, 34(5), 676-8.
- Polanco, R. (2010). *Diseño de instrumentos para promover la autorregulación del aprendizaje en el aula*. Memorias del VI Foro de Estudios en Lenguas Internacionales, Quintana Roo. Recuperado el 7 julio 2016 de: <http://fel.uqroo.mx>
- Ponton, M. K., Carr, P. B., y Wiggers, N. R. (2014). Self-efficacy to do or self-efficacy to learn to do: A study related to perseverance. *International Journal of Self-Directed Learning*, 11(1), 29-40.
- Popil, I. (2011). Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method. *Nurse Education Today*, 31(2), 204-7.
- Powell, J.H. (1989). The reflective practitioner in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(10), 824-32.
- Prefetto-McGrath, J. (2005). Critical thinking and evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 364-71.
- Raemdonck, I., Gijbels, D., y van Groen, W. (2014). The influence of job characteristics and self-directed learning orientation on workplace learning. *International Journal of Training and Development*, 18(3), 188-203.

Bibliografía

- Rashid, T., y Asghar, H. M. (2016). Technology use, self-directed learning, student engagement and academic performance: Examining the interrelations. *Computers in Human Behavior*, 63, 604-12.
- Rectors of universities. (1988). Magna Charta Universitatum. Bolonia. Recuperado el 20 febrero 2016 de: <http://www.magna-charta.org/>
- Reguant, M. (2011). *El desarrollo de las metacompetencias pensamiento crítico reflexivo y autonomía de aprendizaje, a través del uso del e-Diario en el prácticum de formación del profesorado*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Reviriego, E., Cidoncha, M., Asua, J., Gagnon, M., Lorenzo, E. De, Garate, L., González, R., y Mateos, M. (2013). *Adaptación y evaluación de un programa de formación on-line en lectura crítica dirigido a profesionales de enfermería*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Roca, J. (2013). *El desarrollo del pensamiento crítico a través de diferentes metodologías docentes en el Grado en Enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Rodríguez, J. M. (2009). De la noción de calificación a la noción de competencia: sugerencias para el profesorado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 12(2), 93-101.

- Sanz-Angulo, P., De-Benito-Martín, J. J., y Galindo-Melero, J. (2011). La metodología de aprendizaje SACC1. Desarrollo práctico de competencias transversales y digitales en los egresados universitarios a través de la metodología SACC. *Revista Docente e Investigación*, 21, 289-308.
- Santelices, L., Williams, C., Soto, M., y Dougnac, A. (2014). Efecto del enfoque de autorregulación del aprendizaje en la enseñanza de conceptos científicos en estudiantes universitarios en ciencias de la salud. *Revista Médica de Chile*, 142(3), 375-81.
- Salaburu, P., Haug, G. y Mora, J. G. (2011). *España y el proceso de Bolonia. Un encuentro imprescindible*. España: Academia Europea de Ciencias y Artes.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioners: How professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Schwartz, S., y Pollishuke, M. (2005). *Aprendizaje Activo: Una organización de la clase centrada en el alumno*. Madrid: Narcea.
- Shen, W. Q., Chen, H. L., y Hu, Y. (2014). The validity and reliability of the self-directed learning instrument (SDLI) in mainland Chinese nursing students. *BMC Medical Education*, 14, 108-15.
- Skaalvik, M. W., Normann, H. K., y Henriksen, N. (2011). Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2294-304.
- Smyth, M., y Perkins, G. D. (2011). Self-directed learning: does it affect team performance? *Resuscitation*, 82(3), 241-2.

Bibliografía

- Spormann, C., Perez, C., Fasce, E., Ortega, J., Bastian, N., y Bustamante, C. (2015). Predictores afectivos y académicos del aprendizaje autodirigido en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 374-82.
- Stockdale, S. L. (2003). *Development of an instrument to measure self-directedness*. Unpublished Ph.D. The University of Tennessee, Ann Arbor.
- Subirats, J. (2001). Universidad en España: ¿época de cambio o cambio de época? *Educar*, 28, 11-39.
- Suknaisith, A. (2014). The results of Self-Directed Learning for Project Evaluation Skills of Undergraduate students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 1676-82.
- Sursock, A. (2015). *Trends 2015: Learning and Teaching in European Universities*. Brussels: European University Association.
- Taminiau, E. M. C., Kester, L., Corbalan, G., Spector, J. M., Kirschner, P. A., y van Merriënboer, J. J. G. (2014). Designing on-demand education for simultaneous development of domain-specific and self-directed learning skills. *Journal of Computer Assisted Learning*, 31(5), 405-21.
- Tao, Y., Li, L., Xu, Q., y Jiang, A. (2015). Development of a nursing education program for improving Chinese undergraduates' self-directed learning: A mixed-method study. *Nurse Education Today*, 35(11), 1119-24.
- Thomas, J. W. (2000). A review of research on project-based learning. *The Autodesk Foundation*, 1-45.

- Thomas, L., Bennett, S., y Lockyer, L. (2016). Using concept maps and goal-setting to support the development of self-regulated learning in a problem-based learning curriculum. *Medical Teacher*, 38(9), 930-5.
- Thompson, N., y Pascal, P. (2012). Developing critically reflective practice. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives*, 13(2), 311-25.
- Tio, R. A., Stegmann, M. E., Koerts, J., van Os, T. W. D. P., y Cohen-Schotanus, J. (2016). Weak self-directed learning skills hamper performance in cumulative assessment. *Medical Teacher*, 38(4) 1-3.
- Universidad de Deusto y University of Groningen. (2009). Tuning Educational Structures in Europe. Recuperado el 15 noviembre 2015 de: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>
- Universitat de Girona. (2016a). Historia. Universitat de Girona. Recuperado el 10 marzo 2016 de: <http://www.udg.edu/coneix/LaUdG/Historia/tabid/1157/language/es-ES/Default.aspx>
- Universitat de Girona. (2016b). Programa de suport a la qualitat docent. Competències. Recuperado el 10 marzo 2016 de: <https://www.udg.edu/udgdocencia/ProgramadeSuportalaQualitatDocent/Compet%C3%A8ncies/tabid/16532/language/ca-ES/Default.aspx>

Bibliografia

- Universitat de Girona. (2016c). Estudia a la Universitat de Girona. Grau en Infermeria. Recuperado el 26 abril 2016 de: <http://www.udg.edu/tabid/13296/default.aspx?idpla=3106G0109&language=ca-ES&anyacad=2014>
- Universitat de Girona. (2016d). Estudis de grau a la UdG. Grau en Medicina. Recuperado el 26 abril 2016 de: <http://www.udg.edu/tabid/10104/Default.aspx?ID=3109G0111&language=ca-ES&IDE=470>
- Universitat de Girona. (2016e). Estudis de grau a la UdG. Grau en Psicologia. Recuperado el 26 abril 2016 de: <http://www.udg.edu/tabid/10104/Default.aspx?ID=3101G0109&language=ca-ES&IDE=483>
- Universitat Oberta de Catalunya. (2015). *Metodologies docents. Document de suport per al professorat de la UOC*. Barcelona: eLearn Center.
- Ünsal-Avdal, E. (2013). The effect of self-directed learning abilities of student nurses on success in Turkey. *Nurse Education Today*, 33(8), 838-41.
- van Schaik, S., Plant, J., y O'Sullivan, P. (2013). Promoting self-directed learning through portfolios in undergraduate medical education: The mentors' perspective. *Medical Teacher*, 35(2), 139-44.
- Vázquez, B., Guillamet, A., Martínez, C., y Pérez, F. (2014). Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 65-71.

- Vera, M. L., y Canalejas, M.C. (2007). El portafolio como recurso de aprendizaje e instrumento de evaluación de estudiantes repetidores de enfermería. *Educación Médica*, 10(2), 114-20.
- Verano-Tacoronte, D., y Sosa-Cabrera, S. (2015). Proyectos cooperativos vinculados a empresas en la Educación Superior. *Revista de Docencia Universitaria*, 13, 255-73.
- Villalobos, J., y Cabrera, C. (2009). Los docentes y su necesidad de ejercer una práctica reflexiva. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales*, 1(14), 139-66.
- Villa, A., y Poblete, M. (2011). Evaluación de competencias genéricas: principios, oportunidades y limitaciones. *Bordon*, 63(1), 147-70.
- Villa, A., y Villa, O. (2007). El aprendizaje basado en competencias y el desarrollo de la dimensión social en las universidades. *Educación*, 40(2), 15-48.
- Vizcaya-Moreno, M. F. *Valoración de los entornos de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante.
- Walker, S., Rossi, D., Anastasi, J., Gray-Ganter, G., y Tennent, R. (2016). Indicators of undergraduate nursing students' satisfaction with their learning journey: An integrative review. *Nurse Education Today*, 43, 40-8.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., y Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-31.

Bibliografía

- Wiley, K. (1983). Effects of a self-directed learning project and preference for structure on self-directed learning readiness. *Nursing Research* 32(3): 181-5.
- Williamson, S. N. (2007). Development of a self-rating scale of self-directed learning. *Nurse Researcher*, 14(2), 66-83.
- Wit, H. De. (2011). Globalización e internacionalización de la educación superior. *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 8(2), 77-84.
- Yanhua, C., y Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), 832-6.
- Yakovleva, N. O., y Yakovlev, E. V. (2014). Interactive teaching methods in contemporary higher education. *Pacific Science Review*, 16(2), 75-80.
- Yuan, H. B., Williams, B. A., Fang, J. B., y Pang, D. (2012). Chinese baccalaureate nursing students' readiness for self-directed learning. *Nurse Education Today*, 32(4), 427-31.
- Zabala, A., y Arnau, L. (2007). *11 ideas clave. Cómo aprender y enseñar competencias*. (3ª ed.). Barcelona: Graó.
- Zimmerman, B. J., y Schunk, D. H. (2008). Motivation: An essential dimension of self-regulated learning. En Schunk, D.H., y Zimmerman, B. J. *Motivation and self-regulated learning: Theory, research, and applications* (p. 1-30). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Anexos

9. Anexos

9.1. Anexo 1. Estructura de las titulaciones de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona

Tabla 1. Estructura por cursos y módulos del Grado en Enfermería.

Curso	Tipo de módulo	Asignaturas
1º	Básica	Ciencias básicas de la salud 1. Ciencias básicas de la salud 2. Ciencias básicas de la salud 3. Ciencias básicas.
	Obligatorias	Ciencias de la enfermería, Prácticum I.
2º	Básica	Ciencias básicas de la salud 1. Ciencias básicas de la salud 3. Ciencias básicas.
	Obligatoria	Ciencias de la enfermería 2. Técnicas y procedimientos 2. Prácticum 2.
3º	Obligatorias	Ciencias de la enfermería 3. Ciencias de la enfermería 4. Técnicas y procedimientos 3. Prácticum 3.
4º	Obligatorias	Prácticum 4. Prácticum 5.
	Trabajo Fin de Grado.	
<ul style="list-style-type: none"> • Ciencias Básicas de la Salud: Anatomofisiología, Fisiopatología, Nutrición, Metabolismo y Bioquímica, Bioestadística, Epidemiología y Demografía, Psicología de la Salud y Habilidades Comunicativas, Psicología Aplicada a las Alteraciones de la Salud. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ciencias Básicas: Sistemas de Información y Lenguaje Científico, Farmacología Clínica y Terapéutica, Actuación en Urgencias y Emergencias. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ciencias de Enfermería: Bases conceptuales del Conocimiento Enfermero, Atención de Enfermería a la Persona Sana, Enfermería Comunitaria 1, Ética y Legislación en la atención de Enfermería, Enfermería Clínica del Adulto 1, Enfermería Comunitaria 2, Gestión en Enfermería, Atención de Enfermería en Salud Mental, Enfermería Clínica Materno-Infantil, Enfermería Clínica del Adulto 2, Enfermería Clínica del Anciano, Técnicas y procedimientos 1, 2 y 3. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Prácticum: 1, 2, 3, 4, 5. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo fin de Grado. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Créditos de Reconocimiento Académico. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ciencias Básicas de la Salud: Anatomofisiología, Fisiopatología, Nutrición, Metabolismo y Bioquímica, Bioestadística, Epidemiología y Demografía, Psicología de la Salud y Habilidades Comunicativas, Psicología Aplicada a las Alteraciones de la Salud. 		

Continuación de **Tabla 1. Estructura por cursos y módulos del Grado en Enfermería.**

- Ciencias Básicas: Sistemas de Información y Lenguaje Científico, Farmacología Clínica y Terapéutica, Actuación en Urgencias y Emergencias.

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016) (Universitat de Girona, 2016c).

Tabla 2. Estructura por cursos y módulos del Grado en Fisioterapia.

Curso	Tipo de módulo	Asignaturas
1º	Básica	Anatomía, Biología, Bioquímica, Física, Fisiología, Lengua Moderna.
	Obligatoria	Fundamentos de Fisioterapia, Valoración en Fisioterapia.
2º	Básica	Antropología, Psicología.
	Obligatoria	Afectaciones Mediocoquirúrgicas, Atención Sanitaria Básica, Biomecánica, Masoterapia, Aplicación de Agentes Físicos, Atención de Fisioterapia en las Lesiones del Aparato Locomotor, Cadenas Musculares, Cinesiterapia, Patología Traumatológica, Terapia Manual.
3º	Prácticas Externas	Prácticum I.
	Obligatorias	Articulación Temporo-Mandibular, Fisioterapia en Neurología, Legislación, Salud Pública y Administración Sanitaria, Patología Cardiorespiratoria, Patología en Neurología, Fisioterapia en especialidades clínicas, Fisioterapia Respiratoria y rehabilitación cardiopulmonar, Metodología, Patología en Reumatología.
4º	Prácticas Externas	Prácticum II.
	Optativas	Fisioterapia en la Actividad Física y el Deporte, Fisioterapia Veterinaria, Técnicas Fisioterapéuticas y Deporte, Reeduación postural y del movimiento, Ortesis y Prótesis, Pedagogía del Movimiento y Consciencia Postural, Psicomotricidad, Terapias Holísticas en Fisioterapia, Prevención de Riesgos Laborales.
		Trabajo Final de Grado.

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Escola Universitària de la Salut i l'Esport, 2016).

Tabla 3. Estructura por cursos y módulos del Grado en Medicina.

Curso	Tipo de módulo	Asignaturas
1º	Básica	Introducción al estudio de la Medicina: Homeostasis y regulación, Introducción al estudio de la Medicina. Estudio de la estructura y función del cuerpo humano 1, Introducción al estudio de la Medicina. Estudio de la estructura y función del cuerpo humano 2, Programa de habilidades 1. Investigación y análisis crítico de la información.
2º	Básica	Introducción al estudio de la Medicina. Estudio de la estructura y función del cuerpo humano 3, Introducción al estudio de la Medicina. Estudio de la estructura y función del cuerpo humano 4.
	Obligatoria	Introducción al estudio de la Medicina. Interacción con agresores del entorno 1, Introducción al estudio de la Medicina. Interacción con agresores del entorno 2, Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación, Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación.
	Optativas	Optativas.
3º	Obligatorias	Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación, Sistemas de provisión, procesamiento y eliminación 1. El sistema cardiovascular, Sistemas de provisión, procesamiento y eliminación 2. La sangre y los linfáticos, Sistemas de provisión, procesamiento y eliminación 3. El agua, los electrolitos y la excreción, Sistemas de provisión, procesamiento y eliminación 4. Digestión, metabolismo y desintoxicación.
	Optativas	Optativas.
4º	Obligatorias	Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación, Sistemas de provisión, procesamiento y eliminación 5. La respiración y el aparato respiratorio, Comunicación dentro del cuerpo humano y interfase con el medio ambiente 1, Comunicación dentro del cuerpo humano y interfase con el medio ambiente 2, La conducta, el cerebro y los órganos de los sentidos 1. La conducta humana.
	Optativas	Optativas.
5º	Obligatorias	Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación, La conducta, el cerebro y los órganos de los sentidos 2, La conducta, el cerebro y los órganos de los sentidos 3. El cerebro y sus funciones, El sistema de soporte y movimiento: El aparato locomotor.
	Optativas	Optativas.

Continuación de **Tabla 3. Estructura por cursos y módulos del Grado en Medicina.**

6º	Obligatorias	La continuidad vital 1. Del nacimiento a la edad adulta, Situaciones especiales en la atención médica: atención al paciente anciano y atención a las urgencias, Integración: abordaje biológico, psicológico, social y cultural.
	Optativas	Optativas.
	Trabajo Fin de Grado.	

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Universitat de Girona, 2016d).

Tabla 4. Estructura por cursos y módulos del Grado en Psicología.

Curso	Tipo de módulo	Asignaturas
1º	Básica	Fundamentos de la psicobiología, Fundamentos de psicología y Análisis de datos en psicología.
	Obligatoria	Competencias académicas y profesionales integradas, Percepción, atención, memoria e interacción, y Desarrollo y cultura.
2º	Básica	Análisis de datos en psicología, Aprendizaje, motivación y emoción, Cognición y lenguaje.
	Obligatoria	Competencias académicas y profesionales integradas, Personalidad y contexto social, Psicometría y evaluación.
	Optativas	Asignaturas optativas del grado de psicología.
3º	Obligatorias	Competencias académicas y profesionales integradas, Psicología de la educación, Psicología infantil, Psicología clínica del adulto, psicología de los grupos y las organizaciones.
	Prácticas Externas	Prácticum.
	Obligatorias	Asignaturas optativas del grado de psicología.
4º	Obligatorias	Intervención psicosocial.
	Prácticas Externas	Prácticum.
	Optativas	Asignaturas optativas del grado de psicología.
	Trabajo Final de Grado.	

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Universitat de Girona, 2016e).

9.2. Anexo 2. Competencias de las titulaciones de Ciencias de la Salud de la Universidad de Girona

Tabla 5. Competencias del Grado en Enfermería.

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.
3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.
5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
7. Comprender sin perjuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
11. Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
12. Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
13. Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
14. Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
15. Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
16. Conocer los sistemas de información sanitaria.

Continuación de **Tabla 5. Competencias del Grado en Enfermería.**

17. Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.

18. Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Universitat de Girona, 2016c).

Tabla 6. Competencias del Grado en Fisioterapia.

1. Conocer y comprender la morfología, la fisiología, la patología y la conducta de las personas, tanto sanas como enfermas, en el medio natural y social.

2. Conocer y comprender las ciencias, los modelos, las técnicas y los instrumentos sobre los que se fundamenta, articula y desarrolla la fisioterapia.

3. Conocer y comprender los métodos, procedimientos y actuaciones fisioterapéuticas, encaminados tanto a la terapéutica propiamente dicha, a aplicar en la clínica para la reeducación o recuperación funcional, como la realización de actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud.

4. Adquirir la experiencia clínica adecuada que proporcione habilidades intelectuales y destrezas técnicas y manuales, que faciliten la incorporación de valores éticos y profesionales, y que desarrolle la capacidad de integración de los conocimientos adquiridos, de forma que, al término de los estudios sepan aplicarlos tanto a casos clínicos concretos en el medio hospitalario y extrahospitalario, como a actuaciones en la atención primaria y comunitaria.

5. Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

6. Valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos.

7. Diseñar el plan de intervención en fisioterapia, atendiendo a criterios de adecuación, validez y eficiencia.

8. Ejecutar, dirigir y coordinar el plan de intervención de fisioterapia, utilizando las herramientas terapéuticas propias y atendiendo a la individualidad del usuario.

9. Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento en relación con los objetivos marcados.

10. Elaborar el informe de alta de los cuidados de fisioterapia una vez cubiertos los objetivos propuestos.

11. Proporcionar una atención de fisioterapia eficaz, otorgando una asistencia integral a los pacientes.

12. Intervenir en los ámbitos de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.

13. Saber trabajar en equipos profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.

14. Incorporar los principios éticos y legales de la profesión a la práctica profesional así como integrar los aspectos sociales y comunitarios en la toma de decisiones.

Continuación de **Tabla 6. Competencias del Grado en Fisioterapia.**

15. Participar en la elaboración de protocolos asistenciales de fisioterapia basada en la evidencia científica, fomentando actividades profesionales que dinamicen la investigación en fisioterapia.
16. Llevar a cabo las intervenciones fisioterapéuticas basándose en la atención integral de la salud que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
17. Comprender la importancia de actualizar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que integran las competencias profesionales del fisioterapeuta.
18. Adquirir habilidades de gestión clínica que incluyan el uso eficiente de los recursos sanitarios y desarrollar actividades de planificación, gestión y control en las unidades asistenciales donde se preste atención en fisioterapia y su relación con otros Servicios.
19. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los usuarios del sistema sanitario así como con otros profesionales.

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Escola Universitària de la Salut i l'Esport, 2016).

Tabla 7. Competencias del Grado en Medicina.

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.
3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.
6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud.
7. Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida.
8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.
9. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.
10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.
11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.
12. Comprender, los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.
13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.
14. Realizar un examen físico y una valoración mental.

Continuación de **Tabla 7. Competencias del Grado en Medicina.**

15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.
16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata.
17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible.
18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.
19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.
20. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información.
21. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.
22. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
23. Establecer una buena comunicación interpersonal, que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.
24. Reconocer los determinantes de la salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes de los estilos de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.
25. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
26. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.
27. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
28. Conocer las organizaciones internacionales de salud, y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.
29. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.
30. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.
31. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.
32. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.
33. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.
34. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Universitat de Girona, 2016d).

Tabla 8. Competencias del Grado en Psicología

1. Leer, comprender una información científica, presentada en diferentes formatos. Comentarla y situarla en un determinado marco epistemológico de referencia con la ayuda del profesor o de una persona experta, el contenido de un texto científico.
2. Valorar la propia actividad y aprendizaje y elaborar estrategias para mejorar y hacerlo de manera plenamente autónoma.
3. Leer comprensivamente y escribir pequeños textos del propio ámbito de conocimiento en lengua inglesa.
4. Identificar la diversidad de prácticas culturales y sociales (étnicas, sexuales, religiosas, de clase social...) en relación a una temática o situación concreta.
5. Trabajar en equipo y demostrar responsabilidad, autoexigencia y espíritu de superación.
6. Comunicarse oralmente y por escrito en un auditorio a unos destinatarios conocidos, siguiendo un guion de elaboración propia, sobre cualquier información, idea, problema o solución, valorar el resultado e idear propuestas de mejora.
7. Indagar y formularse preguntas en relación a las situaciones presentadas en el aula mediante la guía del profesor.
8. Aceptar, integrar y elaborar las críticas sobre la propia actuación como estudiante que sirva de elemento de mejora en el rendimiento académico.
9. Buscar en diferentes fuentes información científica, valorándola y seleccionando en función de su procedencia.
10. Identificar las implicaciones ecológicas, económicas y humanas de las propias propuestas y actuaciones.
11. Formular propuestas originales para mejorar las actuaciones o la resolución de situaciones de incertidumbre, con ayuda de guía externa.
12. Valorar la propia actividad y el propio aprendizaje, a partir de una guía que posibilite el análisis y la elaboración de estrategias para mejorar.
13. Reconocer las necesidades y expectativas de los compañeros estudiantes a partir de la participación en grupos.
14. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en diferentes situaciones.
15. Describir y evaluar diferentes perspectivas sobre los temas o problemas con los que se trabaje
16. Identificar la diversidad de prácticas culturales y sociales (étnicas, sexuales, religiosas, de clase social...) en relación a una temática o situación concreta.
17. Fundamentar conclusiones personalizadas y argumentadas a partir de diferentes perspectivas sobre los temas o problemas con los que se trabaje.
18. Reconocer las necesidades y expectativas de los otros (pacientes, usuarios, otros profesionales) y evaluar la influencia ejercida, para actuar en consecuencia, a partir de simulaciones y/o casos propuestos por el profesorado.
19. Analizar las situaciones presentadas por el profesor formulando hipótesis, contrastando alternativas, valorando consecuencias y tomando decisiones.
20. Incorporar esta diversidad en todas las propuestas de intervención.
21. Participar activamente en el trabajo de equipo, respetando las decisiones colectivas.

Continuación de **Tabla 8. Competencias del Grado en Psicología.**

22. Comunicarse de forma oral y por escrito, en un auditorio o a unos destinatarios conocidos, con un guion previo y / o la guía del profesor, valorar el resultado e incorporar las sugerencias que pueden ser relevantes en producciones posteriores.
23. Analizar diferentes actuaciones profesionales y plantear críticas argumentadas
24. Integrar los conocimientos y avances de la psicología en los trabajos que se realicen a lo largo del Grado.
25. Identificar las tecnologías de la información y la comunicación analizando sus utilidades y sus puntos débiles con relación al ámbito personal y profesional.
26. Indagar y formularse preguntas en relación a las situaciones presentadas por el profesor de manera autónoma
27. Respetar las normas sociales y organizacionales dentro de las actividades relacionadas con la formación académica.
28. Integrar los conocimientos y avances de la psicología en los trabajos que se realicen a lo largo del Grado.
29. Valorar la propia actividad y aprendizaje y elaborar estrategias para mejorar y hacerlo de manera plenamente autónoma.
30. Identificar las propias capacidades de aprendizaje, los contextos donde se desarrollan con más eficacia, y aprovechar al máximo estas potencialidades al servicio de la investigación y la mejora profesional.
31. Formular propuestas originales para mejorar las actuaciones o la resolución de situaciones de incertidumbre, con ayuda de guía externa.
32. Trabajar en equipo y demostrar responsabilidad, autoexigencia y espíritu de superación.
33. Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en diferentes situaciones.
34. Evaluar la sostenibilidad de las propias propuestas de actuación así como de las actuaciones mientras se realizan y una vez terminadas.
35. Incorporar esta diversidad en todas las propuestas de intervención.

Fuente: Elaboración propia basada en Universidad de Girona (2016). (Universitat de Girona, 2016e).

9.3. Anexo 3. Cuestionario administrado a los participantes de la investigación

Aprendizaje autodirigido en los estudios de Grado de Ciencias de la Salud.

Agrairíem que responguessis les següents preguntes marcant la teva elecció amb una X en la casella corresponent / Agradeceríamos que respondieras las siguientes preguntas marcando tu elección con una X en las casillas correspondientes.

1.-Edat/Edad: _____

2.-Sexe/Sexo: Home/Hombre Dona/Mujer

3.-Accés a la universitat/Acceso a la universidad:

Prova d'accés a la universitat/Prueba de acceso a la universidad (PAU)	<input type="checkbox"/>	Majors de 45 anys/Mayores de 45 años	<input type="checkbox"/>
Majors de 25 anys/Mayores de 25 años	<input type="checkbox"/>	Altres vies d'accés especial/Otras vías de acceso especial	<input type="checkbox"/>
Cicles formatius de grau superior/Ciclos formativos de grado superior (CFGS)	<input type="checkbox"/>	Altra universitat/Otra universidad	<input type="checkbox"/>

4.- Estudis en curs /Estudios en curso: Infermeria/Enfermería Fisioteràpia/Fisioterapia
Medicina/Medicina Psicologia/Psicología

5.-Curs/Curso: Primer/Primero Segon/Segundo Tercer/Tercero Quart/Cuarto
Cinquè/Quinto Sisè/Sexto

Anexos

6.-**Marca amb una X TOTS els tipus de metodologies docents utilitzats durant el curs/**Marca con una X **TODOS** los tipos de metodologías docentes utilizadas durante el curso:

Aprentatge basat en problemes/ <i>Aprendizaje basado en problemas</i>	Portafolis/ <i>Portafolios</i>	
Aprentatge basat en projectes/ <i>Aprendizaje basado en proyectos</i>	Pràcticum/ <i>Prácticum</i>	
Classes Magistral/ <i>Clases magistrales</i>	Pràctiques de laboratori/ <i>Prácticas del laboratorio</i>	
Diari reflexiu/ <i>Diario reflexivo</i>	Seminaris/ <i>Seminarios</i>	
Estudi de casos/ <i>Estudio de casos</i>	Simulació/ <i>Simulación</i>	
Mapes conceptuals/ <i>Mapas conceptuales</i>	Altres/ <i>Otras:</i> _____	

7.- Quina metodologia docent creus que t'aporta més aprenentatge autodirigit (capacitat per a autoregular l'aprenentatge, afavorint els resultats acadèmics i les capacitats de continuar aprenent fora dels àmbits formals) en els teus estudis universitaris? Enumera-les segons el grau d'importància en el teu aprenentatge autònom (1=més important; fins a12= menys important)/

¿Qué metodología docente crees que te aporta más aprendizaje autodirigido (capacidad para autorregular el aprendizaje, favoreciendo los resultados académicos y las capacidades de continuar aprendiendo fuera de ambientes formales) en tus estudios universitarios? Enuméralas según el grado de importancia en tu aprendizaje autónomo (1=más importante; hasta 12= menos importante):

Aprentatge basat en problemes/ <i>Aprendizaje basado en problemas</i>	Portafolis/ <i>Portafolios</i>	
Aprentatge basat en projectes/ <i>Aprendizaje basado en proyectos</i>	Pràcticum/ <i>Prácticum</i>	
Classes Magistral/ <i>Clases magistrales</i>	Pràctiques de laboratori/ <i>Prácticas del laboratorio</i>	
Diari reflexiu/ <i>Diario reflexivo</i>	Seminaris/ <i>Seminarios</i>	
Estudi de casos/ <i>Estudio de casos</i>	Simulació/ <i>Simulación</i>	
Mapes conceptuals/ <i>Mapas conceptuales</i>	Altres/ <i>Otras:</i> _____	

Aprendizaje Autodirigido en la Educación Superior

8.- Valora de l'1 al 5 macant amb una X, el Grau de Satisfacció utilitzant les diferents metodologies docents en els teus estudis de grau. 1= Gens satisfet al 5=Molt satisfet/Valora del 1 al 5 marcando con una X, el Grado de Satisfacción en el uso de las diferentes metodologías docentes en tus estudios de grado. 1=Nada satisfecho al 5=Muy satisfecho.

	1=Gens/ <i>Nada</i>	2	3	4	5= Molt/ <i>Muy</i>
Aprenentatge basat en problemes <i>/Aprendizaje basado en problemas</i>					
Aprenentatge basat en projectes <i>/Aprendizaje basado en proyectos</i>					
Classes Magistral/Clases <i>magistrales</i>					
Diari reflexiu <i>/Diario reflexivo</i>					
Estudi de casos <i>/Estudio de casos</i>					
Mapes conceptuals <i>/Mapas conceptuales</i>					
Portafolis/ <i>Portafolios</i>					
Pràcticum <i>/Prácticum</i>					
Pràctiques de laboratori <i>/Prácticas del laboratorio</i>					
Seminaris/ <i>Seminarios</i>					
Simulació/ <i>Simulación</i>					
Altres/ <i>Otras:</i> _____					

Anexos

9.-Valora de l'1 al 5 marcant amb una X, els atributs, habilitats i aspectes motivacionals percebuts en el teu aprenentatge autònom durant els teus estudis de Grau/Valora del 1 al 5 marcando con una X; los atributos, habilidades y aspectos motivacionales percibidos en tu aprendizaje autónomo durante tus estudios de Grado.

	1=Muy en desacuerdo	2=En desacuerdo	3=Indeciso	4=De acuerdo	5=Muy de acuerdo
1 Priorizo mi trabajo					
2 Manejo mal mi tiempo					
3 Tengo buenas habilidades de gestión					
4 Me fijo horarios rigurosos					
5 Prefiero planificar mi propio aprendizaje					
6 Soy sistemático en mi aprendizaje					
7 Soy capaz de enfocarme en un problema					
8 Necesito saber el porqué de las cosas					
9 Evalúo críticamente las ideas nuevas					
10 Prefiero establecer mis propios objetivos de aprendizaje					
11 Aprendo de mis errores					
12 Estoy abierto a nuevas ideas					
13 Soy responsable					
14 Me gusta evaluar lo que hago					
15 Tengo grandes expectativas de mí mismo					
16 Tengo altos estándares personales					
17 Tengo alta confianza en mis habilidades					
18 Estoy consciente de mis propias limitaciones					
19 Confío en mi habilidad para buscar información					
20 Disfruto estudiando.					
21 Tengo necesidad de aprender					

Aprendizaje Autodirigido en la Educación Superior

22 Disfruto un desafío					
23 Deseo aprender nueva información					
24 Disfruto aprendiendo nueva información					
25 Me doy tiempos específicos para mi estudio					
26 Soy auto disciplinado					
27 Me gusta recopilar los hechos antes de tomar una decisión					
28 Soy desorganizado					
29 Soy lógico					
30 Soy metódico					
31 Evalúo mi propio desempeño					
32 Prefiero establecer mis propios criterios para evaluar mi rendimiento					
33 Soy responsable de mis propias decisiones / acciones					
34 Se puede confiar en que puedo aprender por mi cuenta					
35 Puedo encontrar información por mi cuenta					
36 Me gusta tomar decisiones por mí mismo					
37 Prefiero establecer mis propias metas					
38 Me falta control en mi vida					

Gràcies per la teva participació, contribuirà a la millora de les metodologies docents que s'utilitzen en la nostra Universitat en l'àmbit de la Salut/ *Gracias por tu participación, contribuirás a la mejora de las metodologías docentes que se utilizan en nuestra Universidad en el ámbito de la Salud.*

9.4. Anexo 4. Carta de presentación y solicitud de permiso para realizar la investigación dirigida a los representantes de las instituciones implicadas

- Dirigida a: Rector de la Universidad de Girona, Vicerrector de Personal, Vicerrector de Estudiantes, Vicerrector de Política Académica y Docencia y al Vicerrector de Personal Docente e Investigador

Benvolgut,

El motiu de posar-me en contacte amb vostè, és sol·licitar el seu permís per portar a terme el treball de camp de la tesi doctoral que porta de títol “Aprendizaje Autodirigido en la Educació Superior” inscrita a l’Escola de Doctorat de la Universitat de Girona i que dirigeixen els doctors Judit Fullana i Noell, Concepció Fuentes i Pumarola, i David Ballester i Ferrando del Departament de Pedagogia i d’Infermeria de la Universitat de Girona.

L’objectiu de la tesi és explorar el grau d’aprenentatge autodirigit que tenen els estudiants dels diferents Graus de Ciències de la Salut (Infermeria, Fisioteràpia, Medicina i Psicologia) i identificar les metodologies docents que més incideixen en l’autoaprenentatge amb la finalitat d’introduir, en la seva etapa formativa, estratègies d’apoderament que els ajudi a proveir-se de les competències necessàries per aconseguir una millor perfil professional en la futura vida laboral. La metodologia emprada és quantitativa. Els participants en l’estudi són els estudiants matriculats en els estudis (1.920). El treball de camp es duria a terme entre els mesos de març i desembre del 2015 i implicaria passar un autoinforme als participants per poder donar resposta al objectius.

Una vegada pugui comptar amb el seu vistiplau explicaria el projecte als degans, deganes, i coordinadors/es d’estudis dels Graus esmentats.

Resto a la seva disposició per qualsevol dubte o aclariment.

Moltes gràcies d’antuvi.

Cordialment,

Carolina Rascón Hernán

Professora del Departament d’Infermeria

Facultat d’infermeria

Universitat de Girona

- A los Decanos y coordinadores de estudios de las Facultades de la UdG y al director y coordinador de estudios de la *Escola Univeritària de la Salut i l'Esport*.

Benvolguts,

El motiu de posar-me en contacte amb vostès, és sol·licitar el seu permís per portar a terme el treball de camp de la tesi doctoral que porta de títol “Aprendizaje Autodirigido en la Educación Superior” inscrita a l’Escola de Doctorat de la Universitat de Girona i que dirigeixen els doctors Judit Fullana i Noell, Concepció Fuentes i Pumarola, i David Ballester i Ferrando del Departament de Pedagogia i d’Infermeria de la Universitat de Girona.

L’objectiu de la tesi és explorar el grau d’aprenentatge autodirigit que tenen els estudiants dels diferents Graus de Ciències de la Salut (Infermeria, Fisioteràpia, Medicina i Psicologia) i identificar les metodologies docents que més incideixen en l’autoaprenentatge amb la finalitat d’introduir, en la seva etapa formativa, estratègies d’apoderament que els ajudi a proveir-se de les competències necessàries per aconseguir una millor perfil professional en la futura vida laboral.

Una vegada pugui comptar amb el seu vistiplau agrairia concertar una trobada per poder explicar amb més detall el contingut de la recerca i així poder realitzar la recollida de dades.

Resto a la seva disposició per qualsevol dubte o aclariment.

Moltes gràcies d’antuvi.

Cordialment,

Carolina Rascón Hernán

9.5. Anexo 5. Carta de presentación e información dirigida a los participantes de la investigación

Full d'informació per als estudiants / Hoja de información para los estudiantes

Els estudis d'universitaris requereixen una gran dedicació i esforç per part dels estudiants per assolir les competències exigides en cadascun dels Graus.

En aquest context, el paper del docent és d'acompanyament dels estudiants perquè puguin assolir els seus objectius acadèmics. Per aquest motiu, es necessita investigar en el propi aprenentatge i en les metodologies docents per apoderar als estudiants i que els atributs, habilitats i aspectes motivacionals necessaris per l'aprenentatge autònom perdurin al llarg de la seva carrera laboral.

Sol·licito la seva col·laboració en contestar el present qüestionari sobre l'aprenentatge autodirigit elaborat per a la investigació de la tesi doctoral titulada "Aprenentatge autodirigit en l'Educació Superior" a la Universitat de Girona, només es requereixen 10 minuts del seu temps.

Es mantindrà l'anonimat respectant la llei: LOD 15/1999 13 de desembre: Protecció de Dades de Caràcter Personal.

Agraeixo la seva col·laboració.

Carolina Rascón Hernán

Professora del Departament

Facultat d'Infermeria. Universitat de Girona

Los estudios de universitarios requieren una gran dedicación y esfuerzo por parte de los estudiantes para asumir las competencias exigidas en cada uno de los Grados.

En este contexto, el papel del docente es de acompañar a los estudiantes en el logro de sus objetivos académicos. Por este motivo, se necesita investigar en el propio aprendizaje y en las metodologías docentes para empoderar a los estudiantes y que estas virtudes perduren a lo largo de su carrera laboral.

Solicito su colaboración en contestar el presente cuestionario sobre el aprendizaje autodirigido elaborado para la investigación de la tesis doctoral titulada "Aprendizaje autorigido en la Educación Superior" en la Universidad de Girona, tan solo se requieren 10 minutos de su tiempo.

Respetando la ley: LOD 15/1999 13 de diciembre: Protección de Datos de Carácter Personal.

Agradezco su colaboración.

Carolina Rascón Hernán

Profesora del Departamento

Facultad de Enfermería. Universidad de Girona

